

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO  
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

FACTORES QUE INFLUENCIAM AS ESTRATÉGIAS DE *COPING*  
DOS PAIS NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A  
PARENTALIDADE

DISSERTAÇÃO

Orientação:  
Prof. Doutor António Luís Carvalho  
Co-orientação:  
Prof. (a) Sandra Cruz

Paula Fernanda da Silva Costa Pacheco Reis

Porto|2011



## AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que pela sua disponibilidade, simpatia, compreensão, paciência, inspiração e dedicação, se revelaram determinantes no aperfeiçoamento, orientação e realização deste trabalho.

A todos os pais que aceitaram participar no nosso estudo repartindo connosco as suas vivências referentes à sua nova situação de vida. A consideração, a afeição e a disponibilidade que sempre demonstraram, a todos eles o nosso sincero obrigado.

Ao senhor Professor Doutor António Luís Carvalho e à Mestre Sandra Cruz, pela orientação, amizade e incentivo demonstrados.

À Instituição de Saúde que aceitou colaborar no nosso estudo.

À Família pelo vosso afecto, tolerância, compreensão e ânimo!

A todos MUITO OBRIGADO.



## ABREVIATURAS

AAP - *American Academy of Pediatrics*

ACeS Porto Ocidental - Agrupamento de Centros de Saúde do Porto Ocidental

ARSN IP - Administração Regional de Saúde do Norte, IP

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direcção-Geral da Saúde

ICN - *International Council of Nurses*

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria



## ÍNDICE

Folha

<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL - O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE</b>	17
<b>1.1 A Transição Para a Parentalidade</b>	17
1.1.1 Parentalidade	18
1.1.2 O Processo Da Parentalidade Enquanto Transição	33
<b>1.2 Estratégias De Coping</b>	37
<b>2. PERCURSO METODOLÓGICO - O NOSSO ESTUDO</b>	45
<b>2.1 Metodologia Utilizada</b>	45
<b>2.2 Tipo De Estudo</b>	47
<b>2.3 Participantes Do Estudo</b>	48
<b>2.4 Método De Colheita De Dados</b>	49
<b>2.5 Análise De Conteúdo</b>	51
<b>2.6 Questões Éticas</b>	52
<b>2.7 Apresentação De Resultados</b>	53

---

2.7.1 Caracterização Dos Participantes	53
2.7.2 Estratégias De Coping Adoptadas	54
2.7.3 Os Percursos Na Transição Para a Parentalidade	59
 <b>3. ESTRATÉGIAS DE COPING E TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE</b>	 73
 <b>4. CONCLUSÃO</b>	 79
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	 81
 <b>ANEXOS:</b>	 85

Anexo I - Guião da Entrevista

Anexo II - Questionário de “Estratégias de Coping”

Anexo III - Pedido de Autorização do Estudo ao Conselho de Ética da ARS Norte, IP

Anexo IV - Autorização do Estudo do Conselho de Ética da ARS Norte, IP

Anexo V - Consentimento Informado



## LISTA DE QUADROS

	Folha
QUADRO 1: Tipos de vinculação.....	28
QUADRO 2: Tipos de manifestação de comportamento dos bebés.....	31
QUADRO 3: Caracterização dos participantes.....	53
QUADRO 4: Identificação das estratégias de <i>coping</i> .....	55
QUADRO 5: Categorias: Situação stressante; Quem estava envolvido; O que tornou a situação stressante.....	58
QUADRO 6: Categoria: Características pessoais.....	60
QUADRO 7: Categoria: Mudanças na vida.....	62
QUADRO 8: Categoria: Dia-a-dia após o nascimento do filho.....	64
QUADRO 9: Categoria: Preparação para a parentalidade.....	67
QUADRO 10: Categoria: <i>Coping</i> focalizado na emoção.....	69
QUADRO 11: Categoria: O papel dos enfermeiros na preparação do regresso a casa.....	71



## RESUMO

O processo de transição para a parentalidade é um evento marcante na vida dos pais. Implica mudanças e reestruturação na sua vida, em toda a dinâmica familiar. Esta alteração exige uma resposta adequada dos pais de forma a fazer efectivamente a sua transição para a parentalidade.

Neste processo, os pais utilizam as estratégias de *coping* adequadas naquela situação específica, como forma de adaptação e até mesmo de remover os agentes causadores de stresse, adquirindo competências para cuidar do seu filho.

Com este estudo pretendemos compreender quais os factores que influenciam as estratégias de *coping* dos pais no processo de transição para a parentalidade. Foram definidos os seguintes objectivos:

- Identificar as estratégias de *coping* dos pais no seu processo de transição para a parentalidade;
- Identificar os factores que influenciam as estratégias de *coping* dos pais no seu processo de transição para a parentalidade;
- Propor um modelo de intervenção dos enfermeiros facilitador do processo de adaptação para a transição para a parentalidade.

Deste modo foi desenvolvido um estudo qualitativo, com a finalidade de perceber quais os factores responsáveis por desencadear situações potencialmente causadoras de stresse que actuam nas estratégias de *coping* adoptadas pelos pais na transição para a parentalidade.

Após a identificação das estratégias de *coping* averiguamos que os factores: idade da mãe, suporte social, o choro, a alimentação e o sono do bebé, influenciam a adopção dessas estratégias. Consequentemente, propusemos um modelo de intervenção dos enfermeiros facilitador do processo de transição para a parentalidade.

A construção deste modelo teve como padrões conceptuais a *American Academy of Pediatrics* (AAP), a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) e os fundamentos da vigilância da saúde das crianças da Direcção-Geral da Saúde (DGS). Este modelo consiste num plano de intervenção de enfermagem. Este plano é definido em parceria com os pais, sendo delineadas as intervenções de enfermagem e as actuações dos pais. Desta forma serão minimizados os factores causadores de stress e promovida a adopção de estratégias de *coping* eficazes. Este plano está sujeito a avaliação e deve ser revisto sempre que os seus propósitos não resultem em satisfação e ganhos em saúde.

No nosso estudo participaram dez Pais, que vivenciaram a parentalidade pela primeira vez, tendo sido usada a entrevista semi-estruturada para a colheita de dados. Foi aplicado o questionário de “Estratégias de *Coping*” para a identificação das estratégias usadas pelos pais. Com a leitura dos dados, foi-nos permitido fazer a caracterização dos participantes.

Na apresentação de resultados, verificamos a relação de factores como a idade da mãe, o suporte social, o choro, a alimentação e o sono do bebé, definidos *a priori*, como agentes delineadores na adopção de estratégias de *coping* pelos Pais, no processo de transição para a parentalidade.

O conhecimento da influência desses factores na parentalidade permite aos enfermeiros a prestação de cuidados personalizados à família, contribuindo para uma diminuição das situações geradoras de stress e consequentemente permitirá que a transição para a parentalidade seja realizada em equilíbrio perfeito.

**Palavras-Chave:** Estratégias de *Coping*; Intervenções de Enfermagem; Transição para a Parentalidade.

## ABSTRACT

The process of transition to parenthood is a pronounced event in parents' life. It implies changes and the restructure of their lives, in what concerns the familiar dynamics. This change demands from them a special answer so that they can actually make the transition to parenthood.

In this process, parents take coping strategies, appropriate to that specific situation, as a way of adapting and even removing stress causing agents. The strategies will give parents the skills to take care of their child.

With this study we want to understand which factors influence the coping strategies of parents in the process of transition to parenthood. The following objectives were established:

- To identify the coping strategies of parents in their process of transition to parenthood;
- To identify the factors that act on the coping strategies of parents in the transition to parenthood;
- To propose a nursing intervention model that facilitates the adaptation process to the transition to parenthood.

A quality study was developed to identify the factors responsible for unleashing in parents coping strategies in the transition to parenthood.

Finding suggests that the flowing factors influenced those strategies transition to parenthood: maternal age, social support, crying, feeding and baby's sleep. Based in these results, we defend a nursing intervention model that facilitates the transition process to parenthood.

This model is base with as conceptual benchmarks the American Academy of Pediatrics (AAP), the Portuguese Society of Pediatrics (SPP), and the principles of children's health monitoring by (Health Head-Office) Direccção-Geral da Saúde

(DGS). This model consists of a nursing intervention plan. This plan is defined in partnership with parents, establishing the nursing intervention and the parents' performance. The stress causing agents will be minimized and the adoption of efficient coping strategies will be promoted. This plan is evaluated and reviewed whenever it's purposes won't result in health satisfaction and gains.

Participants were ten Parents, who experienced parenthood for the first time. A semi-structured interview was used to data-collection. It was applied a questionnaire in "*Coping Strategies*" to identify the strategies carried out by parents.

Some relations among factors were found, such as maternal age and social support as well as crying, feeding and baby's sleep defined a priori, with the adoption of coping strategies carried out by parents in the process of transition to parenthood.

The understanding of the influence of those factors in parenthood allows the nurses to provide personalized health care to the families, contributing to the reduction of stress-generating situations and, consequently, it will allow a perfect-balanced transition to parenthood.

**Keywords:** Coping Strategies; Nursing Interventions; Transition to Parenthood.

## INTRODUÇÃO

Um processo de transição envolve as pessoas num sistema de mudança, originando uma nova forma de ser e estar.

No processo de transição para a parentalidade, os pais vivenciam um dos processos mais marcantes na sua vida. De tal forma que desencadeiam estratégias para se adaptarem a esta nova condição. Estas estratégias, intituladas de *coping*, estão sujeitas a condicionantes (factores) responsáveis pelo uso de uma determinada estratégia no momento da resolução/minimização da dificuldade.

Face à tomada de consciência de que nós, enfermeiros, podemos ajudar na melhoria de toda a dinâmica que envolve o processo de transição para a parentalidade, escolhemos investigar quais os “Factores que influenciam as estratégias de *coping* dos pais no processo de transição para a parentalidade”.

É indiscutível a necessidade de investigação para o desenvolvimento de qualquer profissão, cujas práticas assentem em bases científicas. A enfermagem, sendo uma profissão em constante evolução, não é excepção, daí ser necessário haver uma actualização permanente de conhecimentos.

Neste sentido, a investigação tem um papel fundamental, pois a sua natureza promove a expansão e o aperfeiçoamento contínuo da enfermagem enquanto ciência.

Com isto, pretende-se que a nossa investigação seja um “*processo sistemático que assente na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, isto é, do mundo que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, predizer (...)*” (Fortin, 2006:4).

Numa investigação, é fundamental “*precisar os conceitos a examinar (...)*” (Fortin, 2006:73). Esta necessidade é traduzível em questões de investigação que “*(...) são enunciados claros e não equívocos que precisam os conceitos a examinar,*

*especificam a população alvo e sugerem uma investigação empírica*”. Perante os pressupostos assinalados, as questões de investigação delineadas foram:

- Quais as estratégias de *coping* dos pais no processo de transição para a parentalidade?
- Quais os factores que influenciam as estratégias de *coping* dos pais no processo de transição para a parentalidade?
- Qual o modelo de enfermagem facilitador do processo de adaptação para a transição para a parentalidade?

Estando as questões de investigação enumeradas, foram definidos os objectivos da investigação, a partir da definição de Fortin. Esta autora refere que um objectivo “*determina ao mesmo tempo a orientação da investigação e o tipo de estudo a empreender*” Fortin (2006:327). Assim, temos:

- Identificar as estratégias de *coping* dos pais no seu processo de transição para a parentalidade;
- Identificar os factores que influenciam as estratégias de *coping* dos pais no seu processo de transição para a parentalidade;
- Propor um modelo de intervenção dos enfermeiros facilitador do processo de adaptação para a transição para a parentalidade.

A finalidade deste estudo é perceber quais os factores responsáveis por desencadear situações potencialmente causadoras de stresse que influenciam as estratégias de *coping* dos pais na transição para a parentalidade.

A prática dos enfermeiros está intimamente relacionada com as transições e, em muitos casos, são os profissionais que mais se envolvem e acompanham todo o processo através do planeamento, da prestação de assistência aos pais e da avaliação dos cuidados (Harrison, 2004).

Este acompanhamento por parte dos enfermeiros centra-se na ajuda e apoio aos pais no seu processo de transição para a parentalidade. O International Council of Nurses (ICN) (2005:43), definiu que parentalidade é o “ (...) *assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai* (...) ”.

Com o percurso do estudo delineado e relativamente à estrutura, o trabalho está organizado em três partes. A primeira parte engloba o enquadramento teórico, no qual se apresentam aspectos importantes e essenciais do conhecimento, a compreensão da transição para a parentalidade e as estratégias de *coping*. A segunda parte é dedicada à fase metodológica, onde é definido o enunciado do problema, a questão de investigação, a opção metodológica (participantes, processo de colheita de dados, tratamento de dados e procedimentos de ordem



ética), e a apresentação dos resultados (caracterização dos participantes, estratégias de *coping* e os percursos na transição para a parentalidade). Na terceira parte faz-se uma análise da relação das estratégias de *coping* e a transição para a parentalidade, seguindo-se a conclusão, bibliografia e anexos.



## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL - O PROCESSO DE TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE**

Este capítulo reúne conhecimento dos temas decorrente do estudo que nos propusemos desenvolver. A revisão da literatura permitiu organizar o estado de conhecimento sobre o processo de se tornar pai e mãe.

Na transição para a parentalidade o apoio continuado e incondicional às famílias, estabelecendo com elas uma relação de confiança, terá como consequência o reconhecimento por parte dos pais e ganhos em saúde.

Este capítulo tem como propósito primordial esclarecer as várias faces da multiplicidade e natureza da transição para a parentalidade através de uma abordagem integracionista, ou seja, que tente interligar todas as vertentes dessa multiplicidade.

### **1.1 A Transição Para a Parentalidade**

Ser pai/ser mãe é um dos mais desafiadores papéis da vida de uma pessoa. Os comportamentos parentais são afectados por uma variedade de factores. Em relação aos pais temos, o seu nível de conhecimentos e capacidades que variam com as suas próprias experiências da infância, o sistema de valores, o nível de instrução e outras experiências de vida.

Temos ainda factores relacionados com a criança e com o contexto social. A inter-relação entre estes factores condiciona a resposta dos pais no seu processo de transição para a parentalidade (Belsky, 1984).

Consequentemente temos os pais que no seu *background* possuem factores relacionados com as suas próprias vivências. Por outro lado temos a família que tem sido uma das instituições mais afectadas ao longo dos tempos, no que diz respeito a transformações na estrutura base.

Tradicionalmente, a estrutura familiar baseava-se numa estrutura nuclear ou extensiva. Actualmente florescem novas estruturas e novas formas de organização familiar, como, por exemplo: “*Família Alargada, Família Nuclear, Família Monoparental e Família Monoparental: Liderada pela Mulher*” (ICN, 2005:171).

Sendo a estrutura familiar composta por pessoas que apresentam um determinado estatuto social e que interagem entre si, quando ocorre o ganho de membros, como é o caso de um nascimento, verifica-se uma alteração da dinâmica estrutural tendo os papéis dos seus membros que ser redefinidos.

Evidentemente que, ao enumerarmos a história de vida do pai e da mãe, a reorganização da família e, se adicionarmos o ganho de um novo elemento na dinâmica familiar, um filho, todas estas mudanças têm consequências que se vão manifestar em padrões de comportamento que, por sua vez, influenciam o processo de transição para a parentalidade.

Reportando-nos ao nosso estudo, ao falarmos da dimensão da transição para a parentalidade, referimo-nos aos diferentes agentes presentes na mudança com implicações em todo o processo da transição para a parentalidade.

A parentalidade exige dos pais um dever em assegurar aos seus filhos todos os cuidados e afectos para que tenham um desenvolvimento harmonioso. Todavia, no percurso do seu desempenho, enquanto pais, vêem-se confrontados com factores que irão influenciá-los no exercício da sua parentalidade.

### 1.1.1 Parentalidade

A parentalidade é uma fase de transição marcante do ser humano, com implicações no bem-estar dos elementos de uma família. A decisão de ampliar a família, a adaptação à gravidez e a parentalidade, são ocorrências na vida de uma pessoa que envolve uma reorganização dos sistemas pessoais e familiares, envolvendo um conjunto de necessidades e aprendizagens que são sensíveis aos cuidados da enfermagem.

Podemos referir que o Estado Português tem um papel activo e promotor nas questões relacionadas com a família, nomeadamente na protecção do pai e da mãe no exercício da sua função parental.

A forma como o Estado Português tem investido nesta área, poderá constituir um estímulo para que as famílias incluam no seu projecto de vida serem pais. Portugal, enquanto membro da União Europeia, incluiu medidas legislativas que consagram a protecção da maternidade e da paternidade de entre as quais se podem destacar:

- Decreto-Lei n.º 154/88 de 29 de Abril (protecção, no âmbito da Segurança Social, da maternidade, da paternidade e da adopção, com as alterações introduzidas pelos Decreto-Lei n.º 333/95 de 23 de Dezembro, Decreto-Lei n.º 347/98 de 9 de Novembro, Decreto-Lei n.º 77/2000 de 9 de Maio e Decreto-Lei n.º 77/2005 de 13 de Abril);
- Decreto-Lei n.º 259/98 de 18 de Agosto que estabelece regras e princípios gerais em matéria de duração e horário de trabalho na Administração Pública;
- Lei n.º 90/2001 de 20 de Agosto que define medidas de apoio social às mães estudantes;
- Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto que aprova o Código do Trabalho;
- Lei n.º 35/2004 de 29 de Julho que regulamenta a Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto.

Apesar dos pais possuírem factores de protecção legislativos ao exercício da parentalidade, quando tomam a decisão de engravidar, deparam-se com conjunturas novas, que vão influenciar e condicionar os seus comportamentos na transição para a parentalidade.

*“ A adição de um membro da família através do nascimento é um momento de transição e de destaque no ciclo de vida humano e familiar que altera os comportamentos, as relações e funções de pais e mães (...) ”* (Palácios, 2005:10).

A gravidez traz à família um novo elemento. Mais do que um acontecimento, a gravidez é um processo dinâmico de crescimento dos pais. Tornar-se pai e mãe obriga a uma mudança conferindo um novo estatuto na sua vida, havendo a necessidade de redefinição dos papéis e acréscimo de novas responsabilidades.

A efectivação do ser pais com o nascimento do bebé, apesar de a gravidez ser o período dado aos pais para a consciencialização do seu novo estatuto, estes, só com a presença efectiva da criança, adquirem consciência dos seus novos papéis, dando continuidade à adaptação à parentalidade iniciada no período da gravidez.

Ser pai ou mãe é uma imensa trivialidade que, ainda assim, procura desesperadamente definições, papéis, valores e até guias de conduta (Leal, 2000).

Assim temos a adaptação à parentalidade como “*uma acção de parentalidade com as seguintes características específicas: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender acções para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados*” (ICN, 2005:43).

O apoio recíproco e o bem-estar dos pais possibilitam o crescimento e desenvolvimento do bebé. Os pais são os mais habilitados para o estabelecimento dos vínculos da parentalidade, quando ambos cuidam do seu filho, adequando a sua identidade pessoal com as características e funções que lhes são inerentes ao seu novo estado. Nestas acções são os mais aptos, apesar de por vezes necessitarem de auxílio para aprender essas mesmas aptidões.

Tendo os pais a colaboração e acompanhamento necessários para a aquisição de comportamentos parentais adequados, temos a sua transição para a parentalidade facilitada, que por sua vez minimiza os diferentes factores a que os pais estão expostos no seu processo de transição para a parentalidade.

A parentalidade é um processo de maturação dos pais com consequente aquisição de competências para cuidar do filho. Neste processo, existe uma reestruturação psíquica e afectiva, dando a possibilidade a que duas pessoas se tornem pais, respondendo às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do seu filho.

No processo da parentalidade, foram reconhecidos três processos: estabilidade na comunicação, colocação da família como prioridade e satisfazer as necessidades da criança de forma adequada dotada de crenças e valores. O conjunto destes processos foi considerado parentalidade positiva. A harmonização destes três factores permite entender a eficácia do processo de parentalidade (Lopes & Fernandes, 2005).

O exercício da parentalidade exige dos pais uma relação próxima com os seus filhos, no sentido da satisfação das suas necessidades: básicas/biológicas, segurança, afecto e pertença. De forma que a criança possa crescer e desenvolver-se de uma forma feliz e saudável, defende-se que o fundamental e mais importante da parentalidade é assegurarmo-nos que ela seja cuidada e desejada e que sinta a presença de uma pessoa que lhe ofereça um lugar como seu.

De forma idêntica, Cruz (2005:13) confere à parentalidade um “*conjunto de acções encetadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento da forma mais plena possível,*

*utilizando para tal os recursos de que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade”.*

Na parentalidade podemos definir quatro fases. A fase antecipatória, que se inicia na gravidez e que demonstra a experimentação do papel parental, das mudanças sociais e psicológicas inerentes ao processo. A seguir é a fase formal, com o nascimento do bebé e a execução do papel parental, propriamente dito. O desempenho dos pais vai de encontro às expectativas dos outros (Lopes & Fernandes, 2005).

Sucedem-se a fase informal, em que os pais expandem a sua parentalidade de forma única, procurando adaptar-se às necessidades e exigências do seu filho. No entanto, continuam a desempenhar o seu papel segundo as expectativas do outro. Por último temos a fase de identidade do papel, traduzindo uma etapa em que os pais adquirem confiança e competências na execução da sua parentalidade (Lopes & Fernandes, 2005).

Ainda segundo Lopes & Fernandes (2005) para fomentar o papel parental torna-se necessário aumentar a auto-estima dos pais; respeitar as suas crenças; desenvolver interações mãe/pai/bebé; escutar os pais; motivá-los para a promoção das suas competências e avaliar as relações conjugais.

Brazelton (2000) menciona que uma pessoa quando adquire o estatuto de pai, poucos são os que têm consciência que existe vinculação na relação pais/filho e dos cuidados a prestar ao filho. O mesmo autor salienta que os profissionais de saúde ao oferecerem a informação e os modelos necessários, permitem que os pais compreendam o desenvolvimento dos filhos e até o melhorarem. Com esta postura, os profissionais de saúde têm um papel crucial no sucesso do sistema familiar.

O modelo adoptado por Brazelton (2002) foi concebido para um ambiente de cuidados de saúde primários, no entanto, actualmente, é utilizado por profissionais de várias áreas e em variados ambientes. A sua essência está na orientação para a prevenção, numa abordagem multidisciplinar e centrada no interesse comum pela criança, partilhado por pais e profissionais.

O referido autor identifica oito princípios orientadores dos pontos de referência, são eles:

- 1- Compreender e valorizar a relação com os pais.
- 2- Usar o comportamento da criança como linguagem.
- 3- Reconhecer aquilo que traz para a interacção.

- 4- Estar disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional.
- 5 - Aproveitar as oportunidades para promover a mestria parental.
- 6- Concentrar-se na relação entre os pais e a criança.
- 7- Valorizar a paixão onde a encontrar.
- 8- Considerar a desorganização e a vulnerabilidade como oportunidades.

Nesta linha de pensamento, surge o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, o qual “ (...) *identifica claramente o contributo significativo dos pais para os cuidados prestados a crianças (...). Este conceito constitui a filosofia fundamental do modelo*” (Farrell, 1994:27).

Casey, após arquitecturar o seu modelo define cinco vectores major, que possuem um carácter cíclico, uma vez que se cruzam, sobrepõem e são dependentes uns dos outros quando procuramos o único tipo de cuidados que tem sentido, o cuidar holístico. Assim sendo Anne Casey enuncia:

A **Criança**, cujo desenvolvimento tem origem “*num processo que visa a evolução gradual para a sua própria independência, adoptando os pais ou outros membros da família o papel de prestadores de cuidados, com o objectivo de garantir que ao longo do tempo, esta, de uma forma gradual, se apresente capaz de dar resposta às suas próprias necessidades*” (Farrell, 1994:27). Este modelo traduz-se num “*Modelo de cuidados em parceria que vê a criança como um ser que se desenvolve ao longo de um espectro de uma quase total dependência como bebé até à independência como adulto*” (Purcell, 1993:110).

A **Saúde**, para Casey (1988:8), é vista de diferentes perspectivas quer pela criança quer pela família e a forma como cada um a vê “ (...) *pode expressar-se num continuum que vai desde a doença à saúde*”. De acordo com o modelo de parceria de cuidados trata-se do “*estado óptimo de bem - estar físico e mental que deveria estar presente a todo o tempo, se pretende que uma criança atinja todo o seu potencial*” (Casey cit. in Farrel, 1994:27).

O **Ambiente** traduz “ (...) *todos os estímulos que partem de fontes externas e que são absorvidos e processados pela criança*”. Assim, “*o desenvolvimento duma criança é afectado por diversos factores, sendo um deles o ambiente. A criança deve encontrar no seu ambiente, segurança e amor para se desenvolver da melhor forma*” (Casey, 1988:8).



A **Família** foi definida por Casey como “ (...) *uma unidade de indivíduos, que têm a responsabilidade maior pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma influência forte no seu desenvolvimento*” (Casey cit. in Farrell, 1994:27).

O **Enfermeiro Pediátrico** tem, de acordo com Casey, um papel assente em quatro funções principais: “*Cuidados de enfermagem, estratégias de apoio, ensino e encaminhamento*” (Farrell, 1994:27).

A referência para a utilização do modelo de parceria de cuidados de Casey como adjuvante do apoio aos pais, no seu processo de transição para a parentalidade, prende-se com o facto de ser uma ferramenta útil nos cuidados do enfermeiro à família. Deste modo, será potenciada uma forte, coesa e sustentada relação de confiança que favoreça a implementação saudável da sua parentalidade.

A parentalidade é enumerada como sendo um assunto de saúde de relevo. O exercício da parentalidade intervém ao nível da promoção da saúde e traduz-se em benefícios para a criança. A sua inexistência ou deturpação pode interferir no desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no aparecimento de problemas de saúde e problemas sociais (Gage; Everett & Bullock, 2006).

As funções da parentalidade foram estudadas por vários autores, designadamente, Palácios e Rodrigo em 1998, Parke & Buriel em 1998 e Bornstein em 2002. Parke & Buriel (1998) referem cinco funções da parentalidade:

- “*Satisfação das necessidades mais básicas da criança*”: Compreende o conjunto de comportamentos adoptados pela mãe/pai de forma a dar resposta às necessidades básicas de sobrevivência da criança.

- “*Disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível*”. Abrange a organização de espaços, objectos e tempos que permitam a criação de rotinas. Esta função envolve também a produção de uma diversidade de estímulos com a finalidade de criar um ambiente familiar incitador do desenvolvimento.

- “*Resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extra familiares*”. No desenvolvimento da criança, os pais funcionam como mediadores e intérpretes do mundo exterior face à criança. Através dos pais, a criança entra em contacto com o meio interagindo com o ambiente que a rodeia.

- “*Satisfazer as necessidades de afecto, confiança e segurança*”. É indispensável a criação de uma relação de vinculação pais/filhos. Uma relação graciosa constitui um factor promotor do desenvolvimento da criança.

- “*Necessidades de interacção social da criança*”. A família é o meio através do qual a criança é integrada na sociedade. Portanto são os pais responsáveis pela socialização da criança e pela sua adaptação aos diferentes contextos sociais.

Para que se possa falar de uma parentalidade satisfatória é necessária harmonia nos cuidados à criança, pois a parentalidade induz alguns conflitos no espaço familiar, despoletados pela necessidade de satisfazer primariamente as necessidades da criança em detrimento das necessidades dos pais (Algarvio & Leal, 2004).

É pertinente perceber como o conceito de parentalidade é entendido por autores da área da psicologia. Para Houzel (1997), o termo parentalidade revela o método através do qual os pais se tornam pais do ponto de vista psíquico. Desta forma, Houzel propõe uma definição que abarca ambos os pais, considerando no entanto existirem singularidades próprias de cada progenitor (Houzel, 1997 cit. por Algarvio & Leal, 2004).

Houzel (1997) cit. por Algarvio & Leal (2004) aceita a existência de três dimensões de parentalidade:

- Exercício: Reconhece a presença dos agentes da parentalidade, contendo direitos e obrigações.
- Experiência: Entende as funções da parentalidade e os aspectos a ter em conta no decorrer do seu processo.
- Prática da Parentalidade: Compreende as qualidades da parentalidade e os aspectos das relações entre pais e filhos.

É perceptível uma certa discrepância no que se refere ao entendimento da parentalidade apresentada pela psicologia e pela enfermagem. Por um lado, a psicologia dá ênfase à transmissão de saberes, crenças e tradições, de forma a fomentar o desenvolvimento da criança.

Por outro lado, a enfermagem traduz a parentalidade como um conjunto de acções físicas e emocionais, que exigem responsabilidade e que visam promover a incorporação e desenvolvimento do novo membro da família, como podemos verificar na definição apresentada pelo ICN, em que parentalidade é uma “ *acção de tomar conta com as características específicas: assumir as responsabilidades de ser pai e/ou mãe; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento*

e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (ICN, 2005:43).

Cabe ao enfermeiro encorajar os pais na gestão dos seus papéis enquanto cuidadores da criança, colaborando na resolução de problemas, substituindo os pais na execução de determinadas tarefas parentais como forma de explicação, tendo sempre em conta as dificuldades expressas pelos pais durante o processo de adaptação à parentalidade (Gage; Everett & Bullock, 2006).

Lopes; Dixe & Catarino (2010:3) referem que, “no exercício da sua parentalidade, Pecnik (2008) analisou um grupo de pais com crianças dos zero aos três anos. Este autor considera que o tratamento positivo neste grupo envolve quatro processos pelos pais:

- Realidade e autenticidade;
- Sensibilidade para identificarem e interpretar os sinais da criança e lhe responderem rapidamente e apropriadamente;
- Sincronia de comportamentos;
- Qualidade das trocas afectivas nas interações entre pais e crianças: expressões emocionais claramente direccionadas para a criança e adaptadas ao seu comportamento; expressar alegria na resposta dirigida à criança; demonstrar afectividade e atitude positiva para a criança através de carícias, abraços, beijos e tom de voz e palavras que indiquem ternura e atitudes afectivas protectoras tais como consolo em resposta às lágrimas, protecção em vez de estímulos de indução de ansiedade e controlo de receios, enquanto se evitam atitudes punitivas violentas e reacções que implicam rejeição”.

A integração destes procedimentos torna o exercício da parentalidade complexo. Os pais elegem determinadas posturas no cuidado aos seus filhos, particularmente na resolução de situações de stresse.

A parentalidade leva à tomada de consciência dos pais do seu novo dever, sustentando responsabilidades para com o novo constituinte da família através da adopção de estratégias no desempenho da sua parentalidade.

Lopes; Dixe & Catarino (2010:3) referem que Smart & Hiscock (2007), num estudo com pais de crianças entre as duas semanas e os sete meses de idade, que, para responderem aos problemas do sono e do choro da criança, procuraram apoio e informação.

A parentalidade traz consigo uma história de vida individualizada de cada um dos pais, a relação destes com o passado e o presente, a percepção que os mesmos têm de si próprios e o tipo de vida que possuem actualmente. Contudo, não se pode esquecer que o mais importante do exercício e desenvolvimento da parentalidade é a criança. “É esta que no decorrer do seu desenvolvimento, na confrontação de novas exigências e necessidades, constrói e parentaliza os seus pais obrigando-os a uma constante auto-redefinição” (Silva, 2004:261).

O processo da vinculação sugere uma ideia que em nosso entender está estritamente relacionada com a parentalidade que é o apego. O ICN (2005:41) define-o *“como um tipo de comportamento interactivo com as características específicas: vínculo ou laço de afeição”*.

Sendo o apego um comportamento, a vinculação é a *“acção de parentalidade com as seguintes características específicas: ligação entre a criança e mãe e/ou o pai; formação de laços afectivos”* (ICN, 2005:43).

Na definição destes conceitos surge um outro conceito que é a ligação mãe - filho, tendo como definição *“tipo de apego com as características específicas: estabelecimento de relações próximas entre a mãe e filho, procura de mútuo contacto visual com a criança, iniciando o toque com os dedos da criança e chamando-a pelo nome”* (ICN, 2005:41).

A ligação mãe - filho decorre de um processo de vinculação afectiva que tem lugar através da familiaridade, do afecto e da formação do vínculo.

É no estabelecimento de uma relação de vinculação que se assegura a sobrevivência do bebé, dando início ao percurso da transição para a parentalidade.

A mãe fornece à criança a segurança e a afectividade, para que esta edifique um sentimento intrínseco, estruturante de si e que permita a interacção com o meio de uma forma igualmente segura e determinada. Os alicerces estabelecidos desta ligação são de longa duração pois modelam a auto-estima do bebé.

Durante o processo de desenvolvimento da criança, a mãe desempenha uma função privilegiada, uma vez que actua como um espelho reflector da imagem do filho, é nela que ele se encontra, se constrói e diferencia por isso convém que esse espelho seja o mais límpido e claro possível.

Bowlby (1969) descreveu a importância das primeiras relações para o desenvolvimento.

A Teoria da Vinculação foi desenvolvida por John Bowlby e Mary Ainsworth. No decurso da sua elaboração definiram os seguintes propósitos:

- É ao longo do 1º ano de vida que a criança estabelece uma relação privilegiada com uma (ou mais) figura (s) que lhe presta (m) cuidados e transmite (m) segurança, conforto e bem-estar.
- Existe uma relação significativa entre as experiências de vinculação na infância e adolescência e a capacidade para estabelecer ligações afectivas mais tarde.

Ainsworth et al. (1978) classificou os diferentes tipos de vinculação que se encontram explanados no quadro a seguir.

Quadro 1: Tipos de vinculação

TIPOS DE VINCULAÇÃO	COMPORTAMENTOS DO BEBÉ /CRIANÇA FACE AO DADOR DE CUIDADOS	COMPORTAMENTOS DO DADOR DE CUIDADOS
<b>VINCULAÇÃO SEGURA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reage positivamente à sua aproximação</li> <li>• Procura a proximidade e mantém o contacto com ele</li> <li>• Envolve-se em interacções à distância</li> <li>• Acalma-se com a sua presença</li> <li>• Sossega facilmente após encontro com ele</li> <li>• Usa-o como uma base segura para a exploração</li> <li>• Prefere a sua companhia à de um estranho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responde às necessidades da criança de modo caloroso, sensível e fiável</li> <li>• Reage de forma contingente às manifestações da criança</li> <li>• Está disponível física e emocionalmente</li> <li>• Tem prazer na interacção com o bebé</li> </ul>
<b>VINCULAÇÃO INSEGURA-EVITANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quase não reage à separação do dador de cuidados</li> <li>• Não festeja o regresso do dador de cuidados após o encontro; ignora-o ou evita-o</li> <li>• Não procura a proximidade ou manutenção do contacto com o dador de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tende a ser indisponível, não responsivo ou rejeitante</li> </ul>
<b>VINCULAÇÃO INSEGURA-AMBIVALENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fica perturbado ou inquieto, se é separado do dador de cuidados</li> <li>• Difícil de acalmar após o encontro, pode ficar zangado</li> <li>• Tem dificuldade em explorar o meio circundante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tende a responder às necessidades do bebé de modo inconsistente ou imprevisível</li> </ul>
<b>VINCULAÇÃO INSEGURA-DESORGANIZADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pára subitamente, durante segundos ou minutos, com olhar alheado ou assustado</li> <li>• Afasta-se do dador de cuidados quando está perturbado ou ansioso</li> <li>• Esconde-se após a separação</li> <li>• Fica confuso e assustado após o encontro</li> <li>• Evita fortemente e mostra grande ambivalência ou grande resistência face ao dador de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em situações extremas é abusivo ou gravemente negligente</li> <li>• As respostas tendem a ser ameaçadoras, muito ansiosas ou dissociadas</li> </ul>

Fonte: Ainsworth et al., 1978.

John Bowlby (1958), nas suas observações do comportamento infantil, verificou que as respostas da vinculação evoluem à medida que a criança ganha novas competências. Assim, o autor estabelece quatro fases distintas da vinculação. Temos então:

### **1ª Fase - Orientação e sinalização não orientada (dos 0 aos 3 meses)**

O bebé nasce com uma série de comportamentos inatos que o levam a orientar-se na direcção dos outros e a sinalizar as suas necessidades, são os chamados comportamentos promotores da proximidade (ex: manter contacto ocular, chorar, etc.).

A vinculação não está estabelecida mas o processo já se iniciou, o bebé está a construir expectativas, esquemas e a capacidade para distinguir entre o pai e a mãe.

Inicialmente estes comportamentos são proferidos a qualquer pessoa, mas paulatinamente, a criança começa a distinguir certas figuras, nomeadamente a mãe (podendo ser o pai). Temos o chamado *Bonding*, que segundo Klaus & Kennell (1976) “é uma relação única, específica e duradoura que se forma entre a mãe e o bebé”.

### **2ª Fase - Focalização numa ou mais figuras (3 aos 6 meses)**

Aos 3 meses, o bebé começa já a dirigir os seus comportamentos de vinculação (sorri mais a quem cuida dele com mais frequência).

Nesta idade é pouco frequente a criança mostrar medo a estranhos ou ansiedade relativamente à separação dos pais.

O bebé orienta-se preferencialmente para certo tipo de estímulos e aproxima-se do que lhe é familiar.

### **3ª Fase - Bowlby considera que o bebé estabelece uma vinculação por volta dos 6 meses de idade**

A criança possui noção de permanência do objecto e como a sua atitude comportamental se vai alterando, começa a movimentar-se, é capaz de procurar e seguir a figura de vinculação, são os chamados comportamentos de procura de proximidade (*proximity seeking*).

A criança começa a utilizar a FIGURA DE VINCULAÇÃO como base segura para a exploração do meio e de novas situações.

#### **4ª Fase -Formação de uma relação recíproca corrigida para objectivos (a partir 24 meses)**

Forma-se uma relação recíproca onde a criança desenvolve uma vontade própria e compreende as acções do outro.

Bowlby interessou-se pela compreensão dos efeitos das experiências familiares no desenvolvimento da criança. Durante o primeiro ano de vida o bebé estabelece uma relação privilegiada com uma figura específica, que lhe presta cuidados e confere-lhe segurança e protecção.

O comportamento de vinculação tem suporte biológico. Os bebés estão equipados com sistemas comportamentais relativamente estáveis que têm por função protegê-los do perigo.

Esta protecção passa pela possibilidade de o bebé manter ou estabelecer a proximidade com uma figura adulta, ser capaz de se confrontar com situações de perigo, usando para isso um tipo de comportamento específico - comportamento de vinculação.

É através destes comportamentos (de sinalização ou de aproximação) que a vinculação é iniciada, mantida e desenvolvida.

A vinculação é uma ligação que uma vez estabelecida tende a persistir, no sentido em que cria ligações no tempo. Enquanto o comportamento de vinculação pode ser manifestado de modo intermitente e tende a ser afectado por factores situacionais como a fome, desconforto físico, medo e situações de stresse (barulho, separação). Bowlby destaca três aspectos centrais:

- Todos os bebés ficam vinculados às figuras que deles cuidam.
- A qualidade dessas relações de vinculação funciona em função da qualidade dos cuidados experienciados.
- A qualidade dessas experiências precoces e a qualidade das relações que se estabelecem exercendo influência no desenvolvimento posterior. No contexto destas relações o bebé construiu modelos dinâmicos de vinculação.

Assim o processo de vinculação desenvolve-se da seguinte forma:

- Pela proximidade e interacção com o bebé.
- Identificam-no como indivíduo integrado na família.
- Pelo conhecimento entre os membros da família.
- Através de uma experiência satisfatória mútua.



Têm sido efectuadas várias experiências para testar a importância e a qualidade da vinculação. A de maior destaque é a experiência de Ainsworth que consiste em colocar a criança sozinha com a mãe, seguidamente sozinha com um estranho, e de novo com a mãe. Esta experiência avalia as crianças ao ano de idade. As reacções foram avaliadas e registadas no seguinte quadro:

Quadro 2: Tipos de manifestação de comportamentos dos bebés de um ano de vida

GRUPO	COMPORTAMENTO
<b>SEGURAMENTE LIGADO</b>	O bebé busca e mantém contacto ou proximidade com a mãe, especialmente quando se reúne com ela após a separação; prefere claramente a mãe ao estranho; quando volta, recebe-a com um sorriso ou choro.
<b>INSEGURAMENTE LIGADO DESLIGAMENTO/ESQUIVA</b>	A criança evita ou ignora a mãe quando volta a vê-la; pouca tendência a buscar contacto com a mãe em qualquer momento; não se segura à pessoa se é pego no colo; trata o estranho quase da mesma forma que a mãe.
<b>INSEGURAMENTE LIGADO RESISTENTE/AMBIVALENTE</b>	Tanto resiste activamente ao contacto com a mãe (particularmente quando volta a vê-la) quanto busca contacto e proximidade; o bebé parece ambivalente como se quisesse contacto mas resistisse quando lhe é oferecido; o bebé parece profundamente perturbado quando separado da mãe.

Fonte: Descrições de Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978:59-63.

Estes autores verificaram que, posteriormente, as crianças fortemente vinculadas apresentavam níveis de interacção social superiores sendo muitas vezes os líderes nas brincadeiras de grupo, eram mais auto-confiantes e maduras apresentando resultados escolares de grande nível, mesmo a nível relacional eram menos conflituosas sendo por isso mais bem-sucedidas ao invés das crianças

inseguramente ligadas. Estas descobertas realçaram a importância dos primeiros vínculos afectivos na vida emocional, relacional, social e cognitiva do futuro adulto.

Os aspectos referidos do processo de vinculação sugerem que são também necessários para a construção do processo da parentalidade. Ensinos como o de promover a vinculação, facilitar a vinculação e dotar a mãe e o pai de conhecimentos sobre as características do recém-nascido, são objectivos das intervenções dos enfermeiros, definidos no ICN, como promotores da vinculação.

Evidentemente a preparação para a parentalidade, como já foi referido, começa na gravidez. Podemos referir como objectivos da parentalidade:

- Orientar os pais para que saibam dar resposta às necessidades do seu filho.
- Fornecer orientações para cuidados como: ciclo de sono e vigília, interpretação do choro, técnicas para acalmar o bebé, padrões do desenvolvimento, estimulação do bebé, reconhecimento de sinais de doença, consultas de vigilância e plano de vacinação.

A parentalidade é um processo em constante desenvolvimento. Os pais acompanham o seu filho ao longo do seu percurso de vida, tendo lugar os diferentes e necessários ajustes nos seus comportamentos e papéis.

Não obstante, não podemos deixar de ter em conta o facto de que a parentalidade é alvo de uma evolução e consequente aperfeiçoamento, na mesma medida em que a interacção entre pais e filhos também se vai alterando.

Uma vez satisfeitas as necessidades da criança, há lugar a que os pais edifiquem uma relação vinculativa que lhes garanta um prazer emocional e de afecto que, se por um lado facultam, por outro recebem.

Nas ideias que acabamos de explicar, pensamos ter encontrado a temática necessária para ajudar na explicação do significado do nosso estudo. Dos conceitos e estudos apresentados verificamos que o exercício da parentalidade baseia-se para além de uma função, numa relação. Com efeito, a parentalidade é um processo que implica presença activa dos pais no relacionamento com os seus filhos. Além disso, este processo está sujeito a factores influenciadores que irão determinar as estratégias adoptadas pelos pais no cuidar ao seu filho.

### 1.1.2 O Processo Da Parentalidade Enquanto Transição

A prática dos enfermeiros está profundamente relacionada com as transições e, em muitos casos, são os profissionais que mais se envolvem e acompanham todo o processo através do planeamento, da avaliação e na prestação de cuidados que cada circunstância exija (Harrison, 2004).

Na transição para a parentalidade, as intervenções de enfermagem são fundamentais. Como exemplo de intervenções podemos identificar os cuidados antecipatórios, a identificação precoce, o encaminhamento de situações mais problemáticas, o apoio continuado às famílias e o estabelecimento de uma relação de confiança. Estes cuidados têm como consequência o reconhecimento dos pais, a qualidade e os ganhos em saúde.

As transições têm vindo a ser consideradas, cada vez mais, como um conceito central da Enfermagem (Meleis, 1997) porque os clientes que se encontram a viver um processo de transição tendem a estar mais vulneráveis aos riscos e, por conseguinte, a verem a sua saúde atingida.

Com a consciencialização deste conceito é permitido ao enfermeiro desenvolver habilidades de reflexão e criatividade no apoio aos pais, no seu processo de transição para a parentalidade (Meleis, 1997).

O desenvolvimento da teoria das transições foi iniciado por Afaf Meleis em meados dos anos sessenta, dando origem a uma intervenção fundamentada, isto é, o conhecimento de enfermagem direccionado para o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem e não para a compreensão dos fenómenos relacionados com as respostas às situações de saúde e doença.

Os resultados demonstraram que as acções de enfermagem tendem a antecipar, facilitar e melhorar as transições e resultados em saúde (Meleis, 2000).

Afaf Meleis realizou com Norma Chick, da *Massey University, Palmsteron North*, Nova Zelândia, a análise do conceito “transições” o qual foi publicado com o título “*Transitions: a nursing concern*” em 1986 no livro *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation*.

Nos anos noventa realizou com Karen Schumacher, da Universidade da Califórnia, uma revisão sistemática da literatura, na qual foram identificados 310 artigos que permitiram a argumentação das transições como um conceito central em enfermagem. Este estudo foi publicado na revista *Image: Journal of Nursing Scholarship* com o título “*Transitions a central concept in nursing*”.

Seguidamente, efectuou a análise dos resultados, procurando semelhanças e diferenças, utilizando as transições como quadro de referências, o que deu origem ao artigo “*Experiencing Transitions: a Middle Range Theory*” publicado em 2000, em co-autoria com Sawyer, Im, Schumacher e Messias. Em desfecho emergiu um modelo explicativo que foca os seguintes itens:

- Tipos e padrões de transição;
- Propriedades da experiência de transição;
- Condicionamentos da transição: facilitadores e inibidores;
- Indicadores de processo;
- Indicadores de resultados;
- Intervenções terapêuticas de enfermagem.

A partir deste modelo verificamos que a teoria das transições inclui três domínios fundamentais: A Natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), Condições de transições (facilitadores e inibidores) e Padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado).

Abreu (2008:36) refere vários trabalhos que foram realizados para chegar a uma definição do conceito de transição, onde se pode ler “ *[do latim transitōne], Mudança; acto ou efeito de passar de um estado, período, assunto ou lugar para outro*”.

A transição para a parentalidade é uma das mais comuns e estudadas transições desenvolvimentais com que as famílias se deparam no seu percurso de vida. Contudo, é uma área de estudo onde existe falta de pesquisa aplicada nomeadamente na descrição de experiências parentais dos pais durante o primeiro ano de vida da criança (Schumacher & Meleis, 1994).

Abreu (2008:35) fala do referencial transição numa ideia de “*transição ecológica sempre que a situação da pessoa no meio ambiente é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambos*”.

Visto que poderão ocorrer várias transições em concomitante no mesmo indivíduo e/ou família, os enfermeiros têm de focalizar a sua intervenção nas transições que forem significantes para a pessoa (Meleis, 2000).

Pese embora todas as transições sejam responsáveis por alterações na vida dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, tornar-se mãe ou pai é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais

como também na saúde e desenvolvimento das respectivas crianças (Schumacher & Meleis, 1994).

Criar uma criança é provavelmente o maior desafio com que o progenitor tem de lidar. Relvas e Lourenço (2001:122) consideram que o nascimento de um filho representa para a família *“uma fase de transição do seu ciclo evolutivo, comportando-se como uma fonte de stresse esperável e normativa (crise) ”*. Com efeito, consideram que esta é *“uma transição-chave no ciclo de vida familiar”*.

No nosso estudo, existe uma transição do tipo situacional, na natureza das transições, associada ao nascimento, acontecimento este que implica mudança de papéis da família.

Na opinião de Relvas (2000), este acontecimento conduz à alteração de papéis (definição de papéis parentais), à redefinição dos limites face ao exterior, nomeadamente à família de origem e à comunidade (contextos envolventes mais significativos: profissional, amigos e rede social de suporte).

O reconhecimento da natureza das transições pelo enfermeiro implica estar persuadido para a compreensão da pessoa e para o aperfeiçoamento de um plano de parceria, através da relação de ajuda, que resulte em obtenção de novas competências e reformulação da sua identidade, fortalecendo-a para práticas futuras.

A natureza das transições não fica completa sem mostrar como a pessoa se vê perante a vivência da experiência. A natureza das transições tem propriedades como:

1- Consciência, percepção, conhecimento e reconhecimento do processo de transição pela pessoa.

2- Envolvimento corresponde ao nível de envolvimento da pessoa no processo de transição. Só ocorre se houver consciência (Meleis et al., 2000).

3- Mudança, que segundo Messias (2004:10) implica que os enfermeiros devem analisar:

- *“A natureza da mudança: é de ordem física, mental, na condição social e económica, na auto-imagem, nas expectativas, no clima, na rede social?*

- *Quando é que o enfermeiro reconheceu a mudança na pessoa ou família?*

- *Qual o grau de gravidade da mudança? Era uma mudança esperada dentro das expectativas da sociedade?”*

4- Diferença, confrontar a diferença.

5- Duração, as transições são caracterizadas por variações ao longo do tempo iniciadas com a percepção da mudança.

## 6- Pontos e eventos críticos.

As transições, pelo seu carácter complexo e multidimensional apresentam as propriedades descritas, como sendo essenciais intrínsecas a si. Neste prisma surge a consciência que se encontra directamente relacionada com a percepção, conhecimento, e reconhecimento de uma experiência de transição.

A transição para a parentalidade é o evento crítico desencadeador da mudança. É um “ (...) processo, (...) que implica (...) a adaptação a novos papéis e situações, resultando em novos significados e numa sensação de domínio quando os pais apreendem e compreendem esta nova situação” Meleis et al. (2000:19).

Nesta corrente de pensamento, e relativamente à duração da transição Bridges cit. por Meleis et al. (2000:20) caracteriza-a como “ (...) um período de tempo com um ponto final identificável, estendendo-se desde os primeiros sinais ou antecipação, percepção ou demonstração da mudança; através de um período de instabilidade, confusão e angústia; até um eventual fim com um novo início ou período de estabilidade”.

Apesar de as transições poderem ser encaradas como uma oportunidade de desenvolvimento, diferentes autores corroboram que a transição para a parentalidade pode ser considerada um momento de crise por serem muitas as alterações ocorridas neste período.

Nesta linha de pensamento, Canavarro (2001) faz alusão às transformações biológicas, sociais, físicas e psicológicas que se interligam e ocorrem em simultâneo neste processo de transição, conduzindo a uma gestão de stresse mais ou menos acentuado, com maior ou menor risco consoante a capacidade de adaptação ao novo papel, particularmente no caso do primeiro filho.

Os estudos realizados sobre o processo de transição para a parentalidade indicam que vários sentimentos acompanham os pais durante este período. Nesta óptica, Rogan; Shmied; Barclay; Everitt & Wyllie (1997) aquando da realização de um estudo com mães pela primeira vez constataram que estas encaravam a transição como uma mudança profunda, com um forte sentimento de perda, isolamento e fadiga.

Por outro lado, Cronin (2003), ao investigar as necessidades, percepções e experiências de mães adolescentes que vivenciaram a maternidade pela primeira vez, durante o período pós-parto, verificou que estas apresentavam sinais e sintomas depressivos, muitas vezes associados ao facto de viverem em espaços diminutos, sentirem-se sós e terem dificuldade em deixar o bebé ao cuidado de outros para voltarem à escola ou ao trabalho.

Consequentemente este tipo de transição é um processo em permanente mudança (propriedade da natureza das transições), dado que os pais vão ter que se adaptar às mudanças constantes do crescimento e desenvolvimento dos seus filhos. Os pais vão ter de saber gerir os novos sentimentos, comportamentos e preocupações.

As condições pessoais e ambientais podem facilitar ou dificultar o sentido de atingir uma transição saudável bem como o próprio resultado do processo de transição. As transições saudáveis são evidenciadas por padrões de resposta, que são compostos por indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo permitem, em qualquer altura, avaliar o progresso da transição; os indicadores de resultado significam a conclusão das transições saudáveis (Meleis et al., 2000).

Indicadores de transições bem-sucedidas, são a adequação de papéis, a resolução eficaz de problemas e a manifestação de contentamento (Schumacher & Meleis, 1994).

Para Meleis e Tragenstein “ (...) a prática da enfermagem (...) diz respeito aos processos e experiências dos seres humanos que vivem transições em que a saúde e o bem - estar surgem como objectivo principal” Meleis et al. (2000:24).

As intervenções por parte dos enfermeiros proporcionam aos pais conhecimentos e saberes, de forma que minimizem e eliminem os factores negativos, para ultrapassarem o processo de transição para a parentalidade, e viverem a parentalidade em pleno.

## 1.2 Estratégias De Coping

*Coping* é uma palavra de origem anglo-saxónica sem tradução directa para o português. Contudo, é usado em expressões como “formas de lidar com”, “estratégias de confronto” ou “mecanismos que habitualmente os indivíduos utilizam para lidar com os agentes indutores de stresse”, quando se quer falar efectivamente de *coping*.

Folkman & Lazarus (1980) cit. por Antoniazzi; Dell’Aglío & Bandeira (1998:274) definem “o coping como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se

*adaptarem a circunstâncias adversas. Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações de stresse, crónicas ou agudas”.*

O ICN (2005:80) também tem uma definição para *coping*. Define-o como a *“disposição para gerir o stresse que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stresse, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico”.*

Ambas as definições referidas traduzem a ideia de que o *coping* envolve um conjunto de medidas para dar resposta às situações consideradas adversas, com o objectivo de minimizar o impacto negativo na pessoa.

Os agentes responsáveis por desencadear estratégias de adaptação nas pessoas em situações adversas são os stressores. Estes agentes podem surgir de duas formas: podem ser reais, isto é, externos ao organismo; ou simbólicos (agentes internos) considerados representações do perigo ou de outras ameaças.

Folkman & Lazarus (1980) cit. por Antoniazzi; Dell’Aglia & Bandeira (1998:284) referem que *“as estratégias de coping são respostas comportamentais e emocionais a stressores, que são aprendidas, deliberadas e intencionais. Estas estratégias são utilizadas pelo indivíduo para se adaptar aos stressores ou para os modificar”.*

O conceito chave deste modelo é que a análise de stresse determina a reacção individual da pessoa, as emoções experimentadas e a adaptação resultante. Este conceito está descrito no Modelo Transaccional de Stresse (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus (1984) define a forma de fazer a avaliação de potenciais situações desfavoráveis, começando por ser feita uma apreciação primária seguida de uma apreciação secundária que vai avaliar subseqüentes respostas das pessoas a essas situações:

1- Apreciação primária - o que é que se passa - primeiro interpreta-se a situação considerando-a como: irrelevante para o bem-estar do indivíduo, benigna e stressante.

2- Apreciação secundária - recursos para fazer frente ao que se passa (implica apreciação dos prós e contras das diferentes estratégias de *coping*). São medidas as alternativas de resposta disponíveis, as opções e limitações existentes (pesando os seus custos e benefícios) e é feita a selecção de uma estratégia de *coping*.



Lazarus & Folkman (1984) referem ainda que existem três categorias que correspondem às situações indutoras de stresse: a ameaça, o dano e o desafio.

A diferença entre estas categorias centra-se na natureza temporal: a ameaça refere-se a uma antecipação de uma situação desagradável que pode vir a ocorrer, mas que ainda não surgiu; o dano diz respeito a uma condição desagradável (como uma doença, a morte, perda de status social, entre outros), que já ocorreu e o seu significado corresponde às consequências dessa condição; o desafio caracteriza uma circunstância em que o indivíduo confia na possibilidade de alcançar ou mesmo ultrapassar as dificuldades da exigência estabelecida.

Uma situação indutora de stresse envolve inúmeras e variadas alterações na pessoa. Estas alterações vão desde modificações bioquímicas e fisiológicas, até às mudanças comportamentais e psicológicas. Actualmente o stresse é conceptualizado de três formas distintas:

- Estímulo;
- Resposta;
- Processo.

Rahe et al. (2002), entende o termo stresse como um estímulo, percebendo que este:

- Centra-se no ambiente;
- Resulta de um acontecimento - requer uma adaptação do indivíduo;
- O estímulo será qualquer eventualidade que exige do indivíduo uma mudança no seu modo de vida habitual provocando uma adaptação, para fazer face à exigência da situação. O bem-estar do indivíduo está potencialmente ameaçado pelas contingências ambientais.

Contudo, o stresse não é somente um estímulo ou uma resposta, é um processo no qual o indivíduo é um agente activo, podendo diminuir o impacto de um acontecimento agressor através de estratégias comportamentais, cognitivas ou emocionais.

Ribeiro (2004) faz a distinção entre Mecanismos de Defesa e *coping*. Dado que o nosso estudo trata dos factores que influenciam as estratégias de *coping* adoptadas pelos pais na transição para a parentalidade, a nossa abordagem irá centrar-se no *coping*, visto que estas estratégias são entendidas como uma reacção própria decorrente do estado dos pais face à nova transição.

Lazarus e Folkman (1984) cit. por Ribeiro (2004:3) definem o *coping* “como os esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais”.

Gelder; Gath; Mayou & Cowen (1996) cit. por Ribeiro (2004:5) explicam que as estratégias de *coping* “provém da investigação na psicologia social e aplica-se a actividades sobre as quais o indivíduo está alerta ou consciente. O uso repetido de determinadas estratégias de coping constitui-se como estilo de coping. O termo mecanismos de defesa provém dos estudos psicanalíticos para se referir a processos mentais inconscientes. Utiliza-se por vezes com o mesmo sentido o termo adaptação quando se refere a processos psicológicos implicados no ajustamento a acontecimentos stressantes relacionados com doença crónica”.

Perante esta descrição, podemos mencionar que os pais usam as estratégias de *coping* mais adequadas à circunstância adversa, não o fazem de uma forma repetida.

Das teorias existentes sobre o *coping*, encontramos na literatura autores como Lazarus & Folkman (1984), Carver e colaboradores (1984) e Olff e colaboradores (1997).

Neste universo, focamos a nossa revisão da literatura no modelo de análise de Lazarus & Folkman. Nesta teoria o conceito de *coping* é definido como:

- 1- Um processo.
- 2- Uma gestão entre mestria e perícia no controlo ambiental (conjunto de pensamentos e actos realistas e flexíveis que permitem “lidar” com as situações stressantes).
- 3- Factor onde pode ser medida a sua qualidade.
- 4- Existem diferenças entre estratégias adaptativas (*coping*) e comportamento automático. A diferença está no processo e nos resultados.

Nesta Teoria as etapas do processo de *coping* são definidas nos seguintes termos: impacto, pós-impacto e antecipação. Portanto é um processo reflectido com resultados previstos para minimizar o agente agressor.

Folkman & Lazarus (1980) cit. por Antoniazzi; Dell’Aglia & Bandeira, (1998:276), referem quatro conceitos principais do *coping*:

- 1- “*Coping é um processo ou uma interacção que se dá entre o indivíduo e o ambiente;*
- 2- *A sua função é a de administração da situação causadora de stresse, ao invés de controlo ou domínio da mesma;*

- 3- *Os processos de coping pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo;*
- 4- *O processo de coping constitui-se numa mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interacção com o ambiente”.*

As estratégias de *coping* reflectem acções, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um factor de stresse. A função destas estratégias é limitar a sensação física desagradável de um estado de stresse (Folkman & Lazarus, 1986).

Numa perspectiva cognitiva, Folkman e Lazarus (1980) dividem o *coping* em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção.

Lazarus e Folkman (1984) cit. por Ribeiro (2001:493) referem que a maior parte das pessoas recorre a oito estratégias de *coping* em todos os acontecimentos de stresse. Lazarus & Folkman agruparam as estratégias de *coping* em três emocionais e cinco cognitivas:

1. *“Coping Confrontativo - Descreve os esforços agressivos de alteração da situação e sugere um certo grau de hostilidade e de risco;*
2. *Distanciamento - descreve os esforços cognitivos de desprendimento e minimização da situação;*
3. *Auto-Controlo - Descreve os esforços de regulação dos próprios sentimentos e acções;*
4. *Procura de Suporte Social - Descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional;*
5. *Aceitar a Responsabilidade - Reconhecimento do próprio papel no problema e concomitante tentativa de recompor as coisas;*
6. *Fuga-Evitamento - Descreve os esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema. Os itens desta escala contrastam com os da escala de “distanciamento”, que sugerem desprendimento;*
7. *Resolução Planeada do Problema - Descreve os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema;*
8. *Reavaliação Positiva - Descreve os esforços de criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal. Tem também uma dimensão religiosa”.*

Este modelo assume que as estratégias escolhidas por cada pessoa dependem das suas características pessoais, da situação e do momento. As estratégias mais adequadas e eficazes são as que reduzem o impacto dos stressores, para aquela pessoa, naquela situação, naquele momento.

As características próprias das pessoas são importantes no modo como encaram as situações. Depende do modo como as reconhecem e como podem controlar as situações. Todos estes aspectos influenciam a maneira como são enfrentadas as austeridades e os desafios da vida, e da sensibilidade de cada um.

O ICN (2005:85) refere que a emoção é um *“processo psicológico com as características específicas: sentimentos e disposições para manter ou abandonar acções tendo em conta sentimentos de consciência de prazer ou dor; os sentimentos são conscientes ou inconscientes, expressos ou não expressos; os sentimentos básicos aumentam habitualmente em períodos de grande stresse, perturbação mental ou doença, e durante várias fases de transição da vida”*.

No nosso ponto de vista, quando as estratégias de *coping* são activadas, os pais procuram uma via para atingir as suas metas, reduzindo potenciais interferências restritivas, tendo o enfermeiro como pessoa/profissional que os vai acompanhando no exercício da sua parentalidade.

No entanto, admitimos que existem muitas situações em que as dificuldades são uma exigência para os pais que desempenham o papel parental, como nos demonstra Lopes; Dixe & Catarino (2010), num estudo que desenvolveram em que constataram que 70% dos pais que compunham a amostra sentiam dificuldades no exercício da parentalidade com crianças até três anos de idade.

Häggman-Laitila & Euramaa (2003) cit. por Lopes; Lopes; Dixe & Catarino (2010), num estudo de famílias com crianças com menos de três anos, referem que foram identificadas situações problemáticas, sendo mais frequentes nos casos de filho único.

Os profissionais de saúde e os avós também foram um recurso de *coping* para os pais num estudo de Long (2004) cit. por Lopes; Dixe & Catarino (2010), que evidencia o choro excessivo na infância como sendo muito frequente e exigente de estratégias de *coping*.

Num estudo de Pecnik (2008) cit. por Lopes; Dixe & Catarino (2010), as acções consideradas pelos pais como resposta a situações difíceis são consideradas pelo autor como estratégias de *coping* que os pais adoptaram para resolver as situações com que se depararam.

A transição para a parentalidade é um processo complexo, pois as transições implicam mudanças, colocando os pais perante diversos factores que interferem com a resolução eficaz da parentalidade.

Para tal, são desencadeadas estratégias tendo como objectivo primordial ultrapassar as dificuldades e viver a parentalidade. A ajuda e o apoio às famílias,

por parte dos enfermeiros, no desempenho das suas funções parentais, implica delinear uma intervenção conjunta para uma resolução eficaz dos problemas.



## 2. PERCURSO METODOLÓGICO - O NOSSO ESTUDO

Neste capítulo, propomo-nos apresentar a fase metodológica, ou seja, vão ser explanadas as etapas relativas à metodologia do nosso estudo, tendo como objectivo ilustrar toda a acção desenvolvida.

### 2.1 Metodologia Utilizada

Fortin (2006:214) define desenho de um estudo de investigação como *“um plano que permite responder às questões (...) define mecanismos de controlo, tendo por objecto minimizar os riscos de erro”*.

Para conhecer o objecto de estudo que nos propomos estudar foi usada uma metodologia do tipo qualitativo. O estudo edifica-se segundo um desenho descritivo, com informação obtida por entrevista, que pretende perceber e interpretar a temática do nosso estudo. Foi também utilizado um questionário com a finalidade de identificar as estratégias de *coping* adoptadas pelos pais no processo de transição para a parentalidade.

A opção por este tipo de estudo teve como propósito alcançar um estado de proximidade com os participantes, já que o intuito era obter conhecimentos profundos e detalhados relativos ao tema do nosso estudo.

Conforme o referencial teórico familiar sistémico, a transição para a parentalidade demarca uma das mais intensas mudanças do ciclo de vida da família.

A escolha do tema de estudo, **“Factores que influenciam as estratégias de coping dos pais no processo de transição para a parentalidade”** torna-se

relevante uma vez que a parentalidade activa mecanismos de readaptação em toda a dinâmica familiar, originando stress aos pais.

Perante uma situação de stress, são desencadeadas estratégias de forma a ultrapassar as dificuldades, cujo objectivo é permitir aos pais viver a parentalidade de forma agradável e feliz, como refere Cruz (2005:11), *“a parentalidade é porventura a tarefa mais desafiante da vida adulta e os pais constituem uma das influências mais cruciais na vida dos seus filhos”*.

Estando o tema de estudo definido, partimos para a elaboração da pergunta de partida, baseando-nos nos critérios de qualidade e nos pressupostos de Quivy (1995), que são:

- Clareza, no que fundamenta à precisão e à concisão da pergunta;
- Exequibilidade, a investigação pode realizar-se face às condições existentes (recursos pessoais, materiais e técnicos);
- Pertinência, registo (explicativo, normativo, previsto).

De modo que a nossa pergunta de partida foi:

**Quais os factores que influenciam as estratégias de coping dos pais no processo de transição para a parentalidade?**

Em relação às questões de investigação, Fortin (2006:73) refere que *“uma questão de investigação é um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”*. Para efectivamente *“precisar os conceitos a examinar”* Fortin (2006:73), foram elaboradas as questões de investigação:

- Quais as estratégias de coping dos pais no processo de transição para a parentalidade?
- Quais os factores que influenciam as estratégias de coping dos pais no processo de transição para a parentalidade?
- Qual o modelo de enfermagem facilitador do processo de adaptação para a transição para a parentalidade?

Seguem-se os objectivos do estudo que, de acordo com Fortin (2006:327), *“... determinam ao mesmo tempo a orientação da investigação e o tipo de estudo a empreender”*. De modo que, os nossos objectivos são:



- Identificar as estratégias de *coping* dos pais no seu processo de transição para a parentalidade.
- Identificar os factores que influenciam as estratégias de *coping* dos pais no seu processo de transição para a parentalidade.
- Propor um modelo de intervenção dos enfermeiros facilitador do processo de adaptação para a transição para a parentalidade.

## 2.2 Tipo De Estudo

Este estudo insere-se num paradigma de investigação do tipo qualitativo, com uma abordagem descritiva, o qual pretende perceber quais os comportamentos das pessoas e significados atribuídos relativamente ao problema em análise. De acordo com Fortin (2006:41), *“a investigação qualitativa teve origem no paradigma naturalista, baseada numa forma holística de conceber os seres humanos, comportando um certo número de crenças”*.

Os estudos do tipo descritivo têm como fundamento *“ (...) compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação”* Fortin (2006:221). Neste tipo de estudo o investigador observa a realidade envolvente e regista as suas características.

Carmo (1998:198) considera que *“quando os investigadores estudam sujeitos de uma forma qualitativa tentam conhecê-los como pessoas e experimentar o que eles experimentam na sua vida diária (não reduzem a palavra e os actos a equações estatísticas); os investigadores interessam-se mais pelo processo de investigação do que unicamente pelos resultados e produtos que dela decorrem”*. Neste formato, é a descoberta que sustenta a escolha do método e não o inverso.

Streubert & Carpenter (2002:18) percepcionam os investigadores qualitativos como indivíduos que se ocupam na *“descoberta através de múltiplos modos de compreensão. Fazem perguntas sobre fenómenos específicos e encontram um método para a abordagem”*.

Aliando estes conceitos ao nosso estudo, foi possível, seguindo estes passos, registar a informação dos participantes de uma forma precisa, única e pessoal.

## 2.3 Participantes Do Estudo

*“A população consiste num conjunto de indivíduos ou de objectos que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo”* (Fortin, 2006:55).

Os indivíduos que participaram no estudo foram dez pais com crianças até aos seis meses de vida. Para serem incluídos no estudo, cumpriram os seguintes critérios:

- Pais pela primeira vez;
- Pais com crianças saudáveis;
- Primeiros dez Pais que se deslocaram à consulta de enfermagem de saúde infantil.

Tínhamos como factores de exclusão:

- Pais com deficiência do foro mental;
- Pais com dificuldade de comunicação.

O presente estudo foi realizado no ACeS Porto Ocidental, Agrupamento dos Centros de Saúde do Porto Ocidental.

O ACeS Porto Ocidental tem como visão ser reconhecido pelos seus níveis de excelência na prestação dos cuidados de saúde, com equipas de saúde motivadas e comprometidas com a satisfação dos utentes, promovendo o desenvolvimento dos seus profissionais e da comunidade.

- Tem por missão garantir aos cidadãos da sua área de influência o acesso a cuidados de saúde primários de qualidade, acessíveis, maximizando os seus ganhos em saúde e cumprindo o Plano Nacional de Saúde.

- Os valores a observar neste agrupamento de centros de saúde são a ética, a cortesia, a cooperação, e a efectividade/ eficiência (ACeS Porto Ocidental, 2009).

- A sua sede encontra-se localizada no Centro de Saúde de Aldoar na Rua Vila Nova, s/n, Porto. Tem como população inscrita, 202.434 cidadãos. A população do ACeS Porto Ocidental distribui-se por doze freguesias do Porto: Aldoar, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Ramalde, Santo Ildefonso, S. Nicolau, Sé e Vitória.

- O nosso estudo decorreu na Unidade de Saúde do Carvalhido que abrange a freguesia de Ramalde.

## 2.4 Método De Colheita De Dados

Para a recolha de dados um dos instrumentos utilizado foi a entrevista. Fortin (2006:573) refere que *“a entrevista é um método de colheita de dados pela qual um entrevistador recolhe a informação junto dos sujeitos, seja face a face, seja por telefone”*.

Fortin (2006:221) refere ainda que *“na investigação qualitativa, a descrição pode consistir em entrevistas não estruturadas”*.

No nosso estudo, optámos por utilizar a entrevista semi-estruturada de tal forma que permitiu, através de um conjunto de questões abertas, conduzir uma conversa sem grandes desvios do assunto em causa. Fortin (2006:376) refere que *“o investigador recorre à entrevista semidirigida nos casos em que deseja obter mais informações particulares sobre um tema. A entrevista semidirigida é principalmente utilizada nos estudos qualitativos”*.

Quivy e Campenhoudt (1992:192) consideram que, através da entrevista semiestruturada, é possível compreender o *“sentido que os actores dão às suas práticas e aos seus valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das suas próprias experiências, etc.”*.

Streubert & Carpenter (2002:24) referem que *“a pesquisa será conduzida nas casas, salas de aula ou sítios seleccionados pelos participantes. O propósito de conduzir a investigação no campo é alterar o menos possível as condições em que o fenómeno ocorre”*.

As mesmas autoras dizem ainda que *“para facilitar a partilha de informação pelos participantes, é boa prática entrevistar quando e onde for mais confortável para eles. Quanto mais confortável estiver cada participante, mais facilmente revela a informação procurada”* (Streubert & Carpenter, 2002:26).

A utilização deste tipo de entrevista pressupõe a construção de um guião (Anexo I), indicador das temáticas que se pretendem estudar, servindo de instrumento orientador ao investigador. Neste guião constam os objectivos do estudo e as perguntas a serem efectuadas de acordo com a pergunta de partida.

O guião de entrevista foi validado através da realização de um pré-teste a um casal que reunia as condições para participar no estudo; as restantes entrevistas tiveram por base esse guião.

Na recolha dos dados foi ainda usado o questionário de “Estratégias de coping” (Anexo II) adaptado para o contexto português do questionário “ *Ways of coping Questionnaire* “ de Lazarus (1966) por Ribeiro & Santos (2001).

A finalidade do uso deste questionário tem como objectivo identificar as estratégias de coping usadas pelos pais. Por se tratar de um questionário publicado anteriormente, procedemos à sua utilização sem ser necessário fazer o pedido formal aos seus autores.

Para darmos início à efectivação do estudo com a recolha dos dados, foi efectuado um pedido de autorização ao Conselho de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARSN, IP) (Anexo III).

Após ter sido concedida autorização do Conselho de Ética da ARSN, IP (Anexo IV), procedemos à recolha dos dados, utilizando os referidos instrumentos.

De acordo com Streubert & Carpenter (2002:26), as entrevistas “*possibilitam aos participantes explicarem a sua experiência sobre o fenómeno de interesse. As entrevistas geralmente são conduzidas face a face. Para facilitar a partilha da informação pelos participantes, é boa prática quando e onde for mais confortável para eles*”.

Cada entrevista e questionário tiveram a duração aproximada de sessenta minutos, sendo realizados no Cantinho da Amamentação da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Carvalhido. Esta sala possui um ambiente acolhedor e privado, tendo os requisitos necessários para estar com os pais sem interferências exteriores. Algumas entrevistas foram realizadas na residência dos participantes, a pedido destes.

Foram executadas dez entrevistas e preenchidos dez questionários. Participaram nas entrevistas as mães.

A recolha da informação ocorreu entre Março e Abril de 2011.

As entrevistas foram registadas num gravador de som, e posteriormente transcritas para procedermos ao tratamento de dados, ou seja, análise de conteúdo.

## 2.5 Análise De Conteúdo

O tratamento de dados é uma etapa fundamental do processo da investigação qualitativa, pois da sua execução depende a credibilidade e fiabilidade dos resultados obtidos. Assim, após a transcrição das entrevistas, que constituíram o nosso corpo de tratamento de dados, seleccionamos como instrumento de tratamento de dados a análise de conteúdo, baseado em Laurence Bardin.

No que respeita à análise de conteúdo, Bardin (1995:42) define-a como *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos, a descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitem a inferência de reconhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”*.

De acordo com Bardin (1995:104), definimos como unidade de registo a *“unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização”*. Bardin (1995:107) sublinha que a unidade de contexto corresponde à *“unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta de registo”*.

Numa fase inicial, durante a pré-análise, realizamos leituras com o intuito de estabelecer um primeiro contacto com os dados. Posteriormente demarcamos o ponto central das entrevistas para procedermos à categorização onde identificamos as categorias, subcategorias, unidades de significação e destacamos os constituintes das narrativas, classificando-os e agrupando-os.

Aquando da efectivação das entrevistas procedemos à codificação das mesmas com o recurso à letra [E].

No tratamento dos resultados obtidos pretende-se que os resultados brutos sejam organizados de forma a extrair o seu significado ou a sua expressividade (Bardin, 1977).

É por isso que Bardin (1977:153) refere que *“a análise por categorias funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos”*.

## 2.6 Questões Éticas

*“Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação”* (Fortin, 2006:180).

Para Streubert & Carpenter (2002:37), *“a investigação qualitativa traz consigo um novo conjunto de considerações éticas (...) os investigadores devem observar certos princípios básicos quando fazem a investigação. Primeiro, os participantes não devem ser prejudicados, o que se relaciona com o princípio de não maleficência”*.

Como forma de garantir os direitos da pessoa, foi proporcionada toda a informação acerca do nosso estudo aos participantes, de modo a que pudessem proceder a um consentimento livre e esclarecido, Fortin (2009). Sendo assim, foi solicitado um Consentimento Informado a todos os participantes (Anexo V).

Para Fortin (2006:571), Consentimento Livre e Esclarecido *“é um consentimento dado por uma pessoa que foi solicitada para participar numa investigação e, que está plenamente informada sobre as vantagens e os inconvenientes ligados à sua participação”*.

Previamente à realização da recolha de dados, informamos os participantes acerca da finalidade do nosso estudo, assegurando que a informação obtida pelas entrevistas era confidencial e que o conteúdo, não irá permitir o reconhecimento de nenhum dos participantes.

Segundo Fortin (2006:189) *“o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais está protegido quando, plenamente informada, a pessoa consente livremente em comunicar a informação de natureza pessoal”*.

Esta autora refere ainda que *“o investigador tem o dever de assegurar o anonimato e a confidencialidade dos dados”*. Em relação ao anonimato refere que este *“ (...) é protegido sendo impossível reconhecer as pessoas com base nas respostas ou nos resultados de um estudo”* (Fortin, 2006:189).

Enquanto decorriam as entrevistas, tivemos o cuidado de respeitar as regras da comunicação, nomeadamente usando a escuta activa, proporcionando liberdade aos participantes para se exporem livremente prezando os silêncios. Sempre que se considerou necessário foram introduzidas questões com vista à clarificação de conteúdos e conceitos.

## 2.7 Apresentação De Resultados

Dando seguimento aos objectivos do nosso estudo, passamos para a apresentação de resultados.

### 2.7.1 Caracterização Dos Participantes

Relativamente aos indivíduos que acederam participar no estudo e após análise dos dados que nos foram fornecidos obtivemos a seguinte caracterização:

Quadro 3: Caracterização das participantes

	IDADE	ESTADO CIVIL	HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	SITUAÇÃO PROFISSIONAL
E1	33	União de facto	Licenciatura	Enfermeira
E2	28	Casada	6º Ano	Desempregada
E3	31	Casada	Licenciatura	Enfermeira
E4	17	Solteira	9º Ano	Desempregada
E5	27	Casada	Licenciatura	Designer
E6	34	Casada	12º Ano	Secretária
E7	29	Casada	Licenciatura	Gestora
E8	37	Casada	Licenciatura	Professora
E9	27	Casada	9º Ano	Esteticista
E10	32	Casada	9º Ano	Vendedora

Os participantes foram caracterizados tendo em conta os seguintes elementos: idade, estado civil, habilitações académicas e situação profissional. Neste estudo participaram apenas elementos do género feminino.

Após análise do quadro três verificamos:

- A participante mais velha tinha 37 anos e a participante mais nova tinha 17 anos.
- Do estado civil, temos uma pessoa em união de facto, uma solteira e as restantes são casadas.
- Nas habilitações académicas, temos níveis de escolaridade do 6º ano de escolaridade até à licenciatura.
- Na situação profissional, verificamos distintas profissões (professora, enfermeira, secretária, entre outras).

### 2.7.2 Estratégias De Coping Adoptadas

O tratamento dos dados obtidos, com a aplicação do questionário de “Estratégias de *Coping*”, está representado no quadro quatro para uma melhor visualização e compreensão das estratégias de *coping* adoptadas pelos participantes.

A análise deste quadro permitiu visualizar a estratégia de *coping* mais usada pelos pais.

Podemos referir que esta análise resultou do somatório dos valores correspondentes a cada estratégia de *coping* e calculado o seu valor médio.

Após procedermos à verificação dos dados, atribuímos o valor [1º] à estratégia mais usada (procura de suporte social), o valor [2º] à estratégia usada em segundo lugar (reavaliação positiva) e assim sucessivamente.



Quadro 4: Identificação das estratégias de coping

ENTREVISTAS	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	SOMATÓRIO	VALOR MÉDIO	COLOCAÇÃO
ESTRATÉGIAS DE COPING													
COPING CONFRONTATIVO	1,3	1,3	1,8	0,8	1,8	1,1	1	1,5	0,6	1,3	12,5	12,5/10=1,2	[7º]
DISTANCIAMENTO	0,6	1,6	1,4	0,8	1,4	1,4	1	1,6	2	1,6	13,4	13,4/10=1,3	[6º]
AUTO CONTROLO	1,1	2,2	1,7	0,5	1,2	2	1,5	1,7	2,2	1,5	15,6	15,6/10=1,5	[5º]
PROCURA DE SUPORTE SOCIAL	2,1	1,8	1,8	1	2,2	2,4	1,8	2,8	1,8	1,5	19,2	19,2/10=1,9	[1º]
ACEITAR A RESPONSABILIDADE	1,3	2,3	2	0,6	2	1,6	2	1,6	2,3	0,6	16,3	16,3/10=1,6	[4º]
FUGA, EVITAMENTO	0,4	0,7	0,5	0	0,4	0,4	0,4	0,8	1	0,2	4,8	4,8/10=0,4	[4º]
RESOLUÇÃO PLANEADA DO PROBLEMA	1,3	1,6	1,8	1,3	1,8	1,8	2,1	2	1,5	1,8	17	17/10=1,7	[3º]
REAVALIAÇÃO POSITIVA	1,1	2,4	2,5	0,1	1,5	2,7	1,8	2,5	2,2	1,7	18,5	18,5/10=1,8	[2º]

Como foi dito anteriormente, a finalidade da aplicação deste questionário prende-se com a necessidade de identificar as estratégias de coping usadas pelos pais, no processo de transição para a parentalidade.

Lazarus e Folkman (1992:492,493) mencionam que “os itens do questionário foram concebidos para serem respondidos relativamente a um acontecimento de stresse específico”.

Estes autores defendem que “não se pergunta o que é que a pessoa pode ter pensado ou feito, ou o que é que habitualmente faz, mas o que é que realmente fez ou pensou, num contexto particular”. Por outro lado assumem que “a avaliação daquilo que acontece ou aconteceu muda com o tempo (como um processo) ou com a mudança de contexto”. Finalmente, consideram que “o que se faz e o que se pensa é o resultado da inter-relação activa da pessoa com o ambiente (transacção) e que depende da mudança da relação psicológica entre a pessoa e o ambiente” Lazarus e Folkman (1992:493).

Em virtude das pessoas recorrerem a diferentes estratégias de *coping* consoante a situação em que se encontram, não se limitam a usar uma ou outra estratégia. De tal forma que utilizam simultaneamente várias estratégias de *coping*, em quase todas as situações de stresse por que passam, nomeadamente estratégias de *coping* focadas no problema e estratégias de *coping* focadas na emoção.

A análise efectuada aos dados do questionário foi do tipo inter-individual, visto que “ *todos os processos de coping foram agrupados por acontecimentos stressantes e depois comparados por pessoas (p. ex. como é que pessoas diferentes reagem face ao mesmo contexto de stresse)* ” (Ribeiro & Santos, 2001:494).

Na exposição dos resultados recorremos ao método de pontuações relativas. Segundo Ribeiro & Santos (2001:494), “ *o método de pontuações relativas por escala foi sugerido por Vitaliano; Maiuro; Russo & Becker (1987), que descrevem a contribuição de cada escala relativamente a todas as escalas combinadas. O método de pontuações relativas consiste em calcular a pontuação média por item de uma dada escala, dividindo o somatório das pontuações dessa escala pelo número de itens que a compõem. Portanto, enquanto a pontuação absoluta descreve os esforços de coping em cada um dos oito tipos de coping, a pontuação relativa descreve a proporção do esforço representado por cada tipo de coping*”.

Folkman & Lazarus (1980:492) referem que “*o coping focado-no-problema refere-se aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a inter-relação pessoa-ambiente perturbadora, que é fonte de stresse, enquanto o coping focado-nas-emoções refere-se aos esforços desencadeados pelo sujeito para regular emoções stressantes*”.

Os mesmos autores referem que “*apesar desta classificação dos itens ter sido inicialmente útil - coping focado-no-problema e coping focado-nas-emoções - falhou na expressão da riqueza e complexidade dos processos de coping humanos*”.

Assim em 1992 Lazarus & Folkman definem a teoria de *coping* tendo em conta que “*a maior parte das pessoas recorre a cerca de oito estratégias de coping em todos os acontecimentos de stresse*” (Lazarus & Folkman, 1992:492).

Na análise do quadro quatro verificamos que a estratégia de *coping* a que as nossas participantes mais recorreram foi a procura de suporte social, seguida da reavaliação positiva e da resolução planeada do problema.

As restantes estratégias, mencionadas pela ordem enumerada no quadro quatro são: aceitar a responsabilidade, auto-controlo, distanciamento, *coping* confrontativo e fuga evitamento.

Com o intuito de compreender os resultados aferidos no quadro quatro, recorremos à literatura consultada e verificamos que Folkman & Lazarus (1988:493) definem as estratégias de *coping* do seguinte modo:

- A procura de suporte social - a estratégia mais usada pelas nossas participantes - como sendo *“o esforço de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional”*, utilizada pelas participantes [E6] e [E8].

- Na reavaliação positiva temos a *“criação de significados positivos, focando o crescimento pessoal”*, utilizada pelas participantes [E6] e [E8].

Na resolução planeada do problema, temos *“os esforços focados sobre o problema deliberados para alterar a situação, associados a uma abordagem analítica de solução do problema”*, utilizada pelas participantes [E5], [E6] e [E7].

Em relação à estratégia de coping que aparece mencionada na última posição, como tendo sido a menos usada pelas nossas participantes, fuga evitamento, está descrita como sendo a *“descrição dos esforços cognitivos e comportamentais desejados para escapar ou evitar o problema”*, utilizada pelas participantes [E8] e [E9] (Folkman & Lazarus, 1988:493).

Por conseguinte, as nossas participantes, na situação da transição para a parentalidade, usaram as oito estratégias referidas pelos autores consultados, sendo que usaram umas estratégias mais frequentemente que outras, indo de encontro à teoria de coping apresentada em 1992 por Lazarus & Folkman, onde é descrito que *“as pessoas tendem a usar simultaneamente várias estratégias de coping em quase todas as situações stressantes”* (Lazarus & Folkman, 1992:493).

Relativamente à pergunta que é colocada no final do preenchimento do questionário de “Estratégias de Coping”: *“Descreva brevemente, a situação stressante em que pensou ao responder a este questionário, quem estava envolvido, o que é que aconteceu e o que é que tornou a situação stressante”*, os dados obtidos foram agrupados e categorizados como se pode verificar no quadro cinco.

Quadro 5: Categorias: Situação stressante; Quem estava envolvido; O que tornou a situação stressante

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
<b>SITUAÇÃO STRESSANTE/ O QUE É QUE ACONTECEU</b>	- Amamentação	- “ Dificuldade em amamentar” [E1] - “ Duas mastites...” [E8]
	- Nascimento	- “O início do nascimento” [E2] - “ Presença da criança” [E5]
	- Trabalho excessivo	- “ Trabalho exagerado durante a gravidez” [E9]
	- Problemas familiares	- “ Opinião desfavorável dos que a rodeiam” [E8] - “Problemas familiares” [E9]
<b>QUEM ESTAVA ENVOLVIDO</b>	- Pais e criança - Familiares	
<b>O QUE TORNOU A SITUAÇÃO STRESSANTE</b>	- Persistência da situação	- “ Persistência da dificuldade” [E1] - “ Dificuldade em exprimir sentimentos” [E8]
	- Atraso na adaptação	- “Adaptação à nova vida” [E6] - “ Gestão dos problemas familiares” [E9]

Analisando o quadro cinco relativamente às categorias “situação stressante e o que aconteceu”, verificamos que as participantes identificaram como dificuldade stressante a amamentação, o nascimento, trabalho excessivo e problemas familiares.

Na categoria “quem estava envolvido”, todos os participantes referiram que as pessoas envolvidas eram elas próprias, o pai, a criança e, no caso dos participantes [E8] e [E9], referiram também familiares próximos.

Na categoria “o que tornou a situação stressante”, os participantes referiram que foi sobretudo a persistência da situação e o atraso na adaptação à nova vida.

Consequentemente, podemos concluir que na análise ao questionário

“Estratégias de Coping”, as participantes nas situações causadoras de stresse usaram estratégias de *coping* para resolver estas situações, sendo a estratégia adoptada maioritariamente a procura de suporte social.

Este tipo de suporte “*descreve os esforços de procura de suporte informativo, suporte tangível e suporte emocional*”, como referem Folkman & Lazarus, 1998 cit. por Ribeiro & Santos (2001:493).

### 2.7.3 Os Percursos Na Transição Para a Parentalidade

Tendo em conta o estudo, considerou-se pertinente utilizar como instrumento de colheita de dados a entrevista semi-estruturada. Para facilitar a realização da entrevista, elaborou-se um instrumento de colheita de dados do qual constam algumas questões sobre o tema a explorar.

De acordo com Streubert & Carpenter (2002:26), as entrevistas “*possibilitam aos participantes explicarem a sua experiência sobre o fenómeno de interesse. As entrevistas geralmente são conduzidas face a face. Para facilitar a partilha da informação pelos participantes, é boa prática quando e onde for mais confortável para eles*”.

Na análise dos dados obtidos, verificamos que a transição para a parentalidade está condicionada por variados factores. Estes factores podem actuar como facilitadores ou dificultadores da vivência do processo da transição para a parentalidade.

A análise efectuada às respostas das participantes em relação aos factores que influenciaram este processo permitiu-nos fazer uma leitura de forma a codificar as respostas em categorias, subcategorias e unidades de registo. A organização das categorias não foi realizada ao acaso. Para a sua disposição, tivemos em consideração os objectivos do estudo e a revisão bibliográfica, motivo pelo qual definimos *a priori* as áreas temáticas. As categorias e subcategorias surgiram de um processo *a posteriori* resultante da análise e tratamento dos dados, e de acordo com a informação obtida, como já foi referido.

## Categoria - Características pessoais

Quando perguntamos às nossas participantes de que forma é que as características pessoais influenciaram o processo de transição para a parentalidade que estão a vivenciar, quer como factores facilitadores quer como factores dificultadores, permitindo accionar estratégias de *coping* adequadas à resolução das situações desfavoráveis, obtivemos respostas que foram constituídas em categorias encontrando-se documentadas no quadro que se apresenta a seguir.

Quadro 6: Categoria: Características pessoais

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Temperamento</b> (Mercer, 2004; Canavarro, 2001)</li> <li>- <b>Estado de saúde da mãe</b> (Mercer, 2004; Canavarro, 2001; Tarkka; Paunonen &amp; Laipalla, 2000; Ribeiro, 2005)</li> <li>- <b>Auto-confiança materna</b> (Tarkka; Paunonen &amp; Laipalla, 2000)</li> <li>- <b>Estado mental</b> (Tarkka; Paunonen &amp; Laipalla, 2000)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “A calma que eu tive com o bebé e o facto de estar muito desperta para ser mãe” [E3]</li> <li>- “Determinação acho que ajuda quando uma pessoa é determinada” [E5]</li> <li>- “Há coisas que são inatas mas acho que depende muito da nossa força de vontade” [E8]</li> <li>- “Talvez ser perfeccionista...” [E10]</li> <li>- “Penso que é uma felicidade...” [E1]</li> <li>- “O facto de ser optimista, de ver as coisas assim como que uma visão assim (...) vai correr tudo bem” [E6]</li> <li>- “Um bocadinho de paciência, é preciso um bocadinho de paciência e versatilidade para nos adaptarmos a cada situação que surja” [E7]</li> <li>- “ (...) Muita paciência é preciso, nem tudo é fácil” [E8]</li> <li>- “Tratar do bebé requer muita força de vontade” [E8]</li> <li>- “A idade acho que tinha chegado o momento para engravidar” [E9]</li> <li>- “ Ser persistente, não desistir, tentar não ir abaixo, pensar que as coisas iam melhorar” [E2]</li> <li>- “ Sendo a primeira vez que sou mãe... a ansiedade, o medo por esta nova fase, o medo de não conseguir atingir com satisfação determinados processos, como o bebé ficar doente...” [E1]</li> <li>- “Não tive ninguém que me acompanhasse, não ser capaz de cuidar dela...acho que o que mais me afectou foi o stresse que passei” [E10]</li> </ul>

Na nossa análise, a categoria “características pessoais”, foi referida pelas participantes como tendo influenciado a sua transição para a parentalidade.

Mercer (2004) e Canavarro (2001) designaram algumas características relativas à mãe que podem afectar, positiva ou negativamente, o processo de parentalidade, nelas destacam-se o temperamento e o estado de saúde da mãe.

Os resultados da investigação desenvolvida por Tarkka; Paunonen & Laipalla (2000) certificam esta ideia, ao divulgarem que, de entre os diversos factores facilitadores do *coping*, temos o estado de saúde da mãe, a autoconfiança materna e o estado mental. Esta linha de pensamento pareceu-nos adequada para categorizar as características pessoais dos nossos participantes. Conforme os autores mencionados temos:

- **Temperamento.** Pode ser definido como um aspecto da personalidade, ou seja, a individualidade de cada um.

- **Estado de saúde da mãe.** Ribeiro (2005) refere que a saúde não é apenas uma ausência de doença, é algo positivo, uma atitude jovial, de alegria perante a vida, de aceitação alegre das responsabilidades que a vida impõe.

- **Auto-confiança materna.** Mulheres com elevada auto-estima acreditam na sua competência e valor. São capazes de demonstrar capacidade em lidar com desafios e conseguem adaptar-se mais facilmente a situações novas (Ribeiro, 2005).

- **Estado Mental.** A saúde mental e a saúde física são duas vertentes fundamentais e indissociáveis actuando como indicadores de saúde. Um equilíbrio perfeito destes dois aspectos permite enfrentar as adversidades de forma positiva, de maneira a que a pessoa tenha confiança e não tema o futuro.

Em conclusão, as características pessoais referidas pelas participantes podem ser tanto facilitadoras como dificultadoras, da adopção de estratégias de *coping* no processo de transição para a parentalidade.

Como exemplo temos o temperamento, ou seja, a individualidade das participantes que referem como características a calma, o estar desperta para a parentalidade e a determinação como facilitadores do processo de transição para a parentalidade.

Um outro exemplo, na auto-confiança materna, a participante [E8] refere que “tratar do bebé requer muita força de vontade”. Isto reflecte que existe uma vontade em transformar o cuidar do bebé como algo facilitador apesar de haver consciência de ser um factor dificultador da parentalidade. Há uma construção consciente da auto-confiança.

O resultado a que chegamos foi que, estando as participantes conscientes das suas características pessoais, puderam transformar este conhecimento numa força positiva e encorajadora, accionando as estratégias de *coping* adequadas para removerem as situações potenciadoras de stresse.

### Categoria - Mudanças na vida

As participantes, em relação às mudanças que ocorreram na sua vida, com o nascimento do seu filho, mencionaram várias transformações que foram categorizadas encontrando-se explanadas no quadro sete.

Quadro 7: Categoria: Mudanças na vida

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
MUDANÇAS NA VIDA	- Compensadora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “ Mais madura, mais responsabilidades (...) tem sido ótimo o meu dia-a-dia, tomar conta do meu filho” [E1]</li> <li>- “ Penso sempre nele...” [E2]</li> <li>- “ Mudou tudo (...) horários, ele requer muita atenção e disponibilidade. A vida é completamente nova.” [E9]</li> <li>- “ A falta de tempo para mim, querer fazer as minhas coisas e ter alguém dependente de tudo 24 horas por dia... deixei de pensar um bocadinho em mim e comecei a pensar só nela... mas já me adaptei agora” [E10]</li> </ul>
	- Rica em sentimentos positivos (Relvas, 2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “ Mais madura e com mais responsabilidades” [E1]</li> <li>- “ Tenho sempre agregado a mim alguém que precisa do meu tempo” [E3]</li> <li>- “ Mudança total... desde a mudança de espaço físico, psicológico, acho que nos tornamos mais fortes e também mais sensíveis, mas as mudanças foram totais” [E7]</li> </ul>

Na categoria “mudanças na vida”, esta é referida como um factor que influencia a transição para a parentalidade.

Na categorização deste item usámos como referência Relvas (2000). Esta autora, refere que a concretização da parentalidade é um meio do indivíduo atingir a sua realização pessoal e de se completar enquanto ser humano razão pela qual esta experiência pode-se revelar compensadora e rica em sentimentos positivos,



nomeadamente, alegria e satisfação. Conforme esta linha de pensamento, definimos duas subcategorias:

- **Compensadora.** A mudança é compensadora na medida em que permite a existência de um equilíbrio entre factores facilitadores e dificultadores, permitindo a anulação dos factores negativos.
- **Rica em sentimentos positivos.** Nomeadamente sentimentos de alegria e de satisfação.

Os pais perante o nascimento do filho assumem a mudança da vida como compensadora e rica em sentimentos positivos, como se pode constatar pelas suas afirmações.

O assumir da sua nova condição activa mecanismos com competência para resolver as suas novas necessidades, decorrentes da alteração das suas vidas, ou seja, da transição que estão a vivenciar. Na teoria das transições, Meleis et al. (2000) fazem referência à consciencialização como um dos atributos das propriedades das transições.

Uma mudança pressupõe uma alteração de uma situação. Mudar envolve capacidade de compreensão e adopção de práticas que concretizem o desejo de transformação. Isto é, para que a mudança aconteça, as pessoas necessitam de estar despertas e sensibilizadas.

O facto de a mudança ser compensadora traduz a capacidade dos pais em anular os factores causadores de stresse, pois foram capazes de adoptar estratégias de *coping*.

A descrição da mudança para a parentalidade revela um meio para atingir a satisfação de serem pais, Relvas (2000).

### **Categoria Dia-a-dia após o nascimento da criança**

Em relação à pergunta, como tem decorrido o seu dia-a-dia após o nascimento do seu filho, as respostas das participantes encontram-se categorizadas no quadro oito, tendo o investigador recorrido às funções da parentalidade de Parke & Buriel (1998) para definir as subcategorias.

Quadro 8: Categoria: Dia-a-dia após o nascimento do filho

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
DIA-A-DIA APÓS O NASCIMENTO DO FILHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfação das necessidades mais básicas da criança</li> <li>- Disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível</li> <li>- Resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extra familiares</li> <li>- Satisfazer as necessidades de afecto, confiança e segurança</li> <li>- Necessidades de interacção social da criança (Parke &amp; Buriel, 1998)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “ (...) Saio com ela vou a consultas...” [E4]</li> <li>- “Se chorar damos-lhe atenção, conversamos com ele. Depois é a papinha, a maminha, a fraldinha...” [E7]</li> <li>- “Inicialmente foi um bocado conturbado, neste momento é mais calmo e vivo as coisas com mais calma (...) também já o conheço (...) já sei os hábitos dele “ [E3]</li> <li>- “ O dia-a-dia é uma rotina básica, por a amamentar, dar-lhe banho, pô-lo a dormir (...) ” [E5]</li> <li>- “ Quando está bom tempo dar um passeio com ele, pego no carrinho e dou umas voltinhas” [E6]</li> <li>- “Vamos passear com ele, também acho que faz bem, para o menino não estar constantemente metido em casa” [E7]</li> <li>- “ Tem sido óptimo o meu dia-a-dia, tomar conta do meu filho” [E7]</li> <li>- “ Acho que cada dia é mais feliz, aprendo coisas novas com ela (...) cada dia é um dia diferente” [E10]</li> <li>- “Faço algumas actividades exteriores (...) ele gosta de novos ambientes” [E5]</li> <li>- “ Deixá-la no infantário com pessoas que nunca tinha visto (...) mas ao fim de uma semana, adaptou-se muito bem” [E10]</li> </ul>

Na categoria “dia-a-dia após o nascimento do filho”, verificamos que a transição para a parentalidade conduz a alterações e mudanças no padrão diário de vida dos pais. Ter um filho é um desafio para os pais, sobretudo se forem pais pela primeira vez. Este desafio advém da mudança que estão a viver, a transição para a parentalidade.

Parke & Buriel (1998) definiram cinco funções da parentalidade que consistem na protecção dos pais no cuidado à criança. As funções são as seguintes:

-“**Satisfação das necessidades mais básicas da criança**”. Esta função compreende o conjunto de comportamentos adoptados pela mãe/pai de forma a dar resposta às necessidades básicas de sobrevivência da criança.

- **“Disponibilizar à criança um mundo físico organizado e previsível”**. Abrange a organização de espaços, objectos e tempos que permitam a criação de rotinas. Esta função envolve também a produção de uma diversidade de estímulos com a finalidade de criar um ambiente familiar incitador do desenvolvimento.

- **“Resposta às necessidades de compreensão cognitiva das realidades extra familiares”**. No desenvolvimento da criança, os pais funcionam como mediadores e intérpretes do mundo exterior face à criança. Através dos pais, a criança entra em contacto com o meio interagindo com o ambiente que a rodeia.

- **“Satisfazer as necessidades de afecto, confiança e segurança”**. É indispensável a criação de uma relação de vinculação pais/filhos. Uma relação saudável constitui um factor para a promoção do desenvolvimento da criança.

- **“Necessidades de interacção social da criança”**. A família é o meio através do qual a criança é integrada na sociedade. Portanto são os pais responsáveis pela socialização da criança e pela sua adaptação aos diferentes contextos sociais.

A análise teve como fundamento o modo como os nossos participantes caracterizaram as vivências do seu dia-a-dia, após o nascimento do seu filho.

Com a tomada de consciência de que efectivamente estão a viver uma mudança, ao serem questionados sobre o modo como actualmente decorrem os seus dias, os participantes do nosso estudo enumeraram vivências que vêm de encontro às funções da parentalidade. De forma idêntica, é o que se espera que os pais adotem nos cuidados aos seus filhos.

Warren (2005) diz que a experiência da parentalidade pode ser influenciada pela realização das tarefas relacionadas com os cuidados ao bebé. A confiança face aos cuidados prestados é conseguida com base num suporte informativo e de apreciação.

Meleis et al. (2000) ressaltam a ideia de que o enfermeiro tem a incumbência de auxiliar e ajudar as pessoas a gerirem as suas transições.

No caso do processo de transição para a parentalidade, e de acordo com Nyström e Öhrling (2004), o papel do enfermeiro deve incidir no sentido de minimizar as experiências de pressão dos pais, tornando-os capazes de exercer a sua parentalidade.

O cuidar do bebé, a realização de tarefas relacionadas com o bebé é referido pelos autores mencionados como factores de promoção da parentalidade.

As participantes com a devida ajuda da equipa de cuidados na promoção das suas funções como pais, tendo como factores de promoção da parentalidade o cuidar do bebé, foram capazes de desencadear estratégias de *coping* para controlar/resolver as situações de stress e viverem a parentalidade.

### **Categoria - Preparação para a parentalidade**

Na preparação para a parentalidade, os pais procuram várias formas de ajuda, de modo a serem apoiados na preparação do nascimento do seu filho. Esta ajuda pode revelar-se como um meio importante para uma transição para a parentalidade bem-sucedida.

As participantes identificaram os diversos recursos que procuraram para se prepararem para o nascimento do seu filho.

Quadro 9: Categoria: Preparação para a parentalidade

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE	<ul style="list-style-type: none"><li>- Procura de apoio familiar e de amigos</li><li>- Leitura/Internet</li><li>- Procura de apoio em profissionais de saúde</li><li>- Curso de preparação para o parto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- “Tirei dúvidas com a minha irmã que já é mãe, com amigas (...)” [E1]</li><li>- “ Fui falando com amigos (...)” [E5]</li><li>- “ Fui falando com amigas (...)” [E9]</li><li>- “Consultei principalmente a internet... li alguns livros que me ofereceram (...)” [E2]</li><li>- “ Li bastante sobre os cuidados a ter com o bebé” [E3]</li><li>- “ Perguntei algumas coisas e fui falando com os profissionais” [E5]</li><li>- “ Tentamos informar ao máximo” [E8]</li><li>- “ Colhi informações no centro de saúde” [E10]</li><li>- “ Tive aulas de preparação para o parto, eles ensinam muitas coisas que a gente não sabe...principalmente as mães pela primeira vez” [E2]</li><li>- “ As aulas teóricas (...) acho que tendo uma boa estrutura teórica é facilitador” [E5]</li></ul>

A categoria “preparação para a parentalidade” foi referida como influenciadora da transição para a parentalidade. A preparação dá aos pais segurança e, consequentemente influencia a adopção de estratégias de *coping*.

A categorização destes dados foi efectuada pelo investigador, agrupando os dados referidos pelos pais nas seguintes subcategorias:

- A procura de apoio em familiares e amigos foi descrita pelos participantes do estudo como uma estratégia para se preparem para a parentalidade. Nesta subcategoria temos referido a procura de informação e o esclarecimento de dúvidas com familiares e amigos, como medidas adoptadas para se preparem para o nascimento do seu filho.

Conforme menciona Cruz (2005), os pais procuram na família e nos amigos, apoio para a construção da sua parentalidade. Têm a família e amigos como um recurso onde se dirigem para esclarecer dúvidas.

**- Leitura/Internet**

As pessoas que participaram no estudo identificaram recursos como a leitura e a internet, como forma de fortalecerem a sua formação como pais.

**- Procura de apoio em profissionais de saúde**

A intervenção ao longo do ciclo vital da família consiste em auxiliar, nomeadamente em cuidados de enfermagem, nos processos de vida e na resposta humana aos problemas que daí possam surgir. Do mesmo modo, esta procura abrange todos os profissionais da equipa de cuidados que assegura as intervenções ao longo do processo de construção da parentalidade.

**- Curso de preparação para o parto.** A Preparação para o parto tem como objectivo principal a preparação dos casais para a gravidez, para o parto e para a parentalidade. Permite aos casais vivenciar em toda a sua plenitude, a transição para a parentalidade para que consigam dar o melhor a si e ao seu bebé, desde o momento da concepção.

Verificamos que as participantes do nosso estudo procuraram vários tipos de recursos, como forma de ajuda na preparação do seu processo de transição para a parentalidade. Tal como se constatou na literatura, estes recursos foram referidos por diversos autores como um meio de procura de ajuda na construção da parentalidade.

Conforme verificamos quando identificamos a estratégia de *coping* mais usada pelas participantes, a procura de suporte social, esta traduz a necessidade de procura de ajuda, em vários circuitos, perfeitamente referenciados pelas participantes.

**Categoria - *Coping* focalizado na emoção**

As participantes do estudo identificaram factores referentes às próprias, capazes de provocar reacções responsáveis por acções, tendo em vista a regulação do estado emocional e a incorporação de novos conhecimentos apreendidos com a nova situação.

Quadro 10: Categoria: *coping* focalizado na emoção

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
COPING FOCALIZADO NA EMOÇÃO (Em relação à mãe)	- Suporte social Glade; Bean & Vira (2005)	- “ Sim tenho ajuda de familiares e acho que nesta fase é muito importante a família. É bom estar com os profissionais e aprender” [E5] - “ É o seguinte, sou brasileira. Portanto a minha mãe esteve em Portugal quando o bebé nasceu e ficou algum tempo comigo. Depois teve de regressar ao Brasil. E agora não tenho suporte nenhum, mesmo nenhum. Os meus sogros vivem em Braga e não podem ajudar quando preciso, só vêm ao Porto de vez em quando. Portanto não tenho ninguém que me ajude. Sou só eu e o meu marido (...). Por outro lado, requer de mim uma força maior para me orientar no dia-a-dia.” [E9]
	- Filho foco central da família Meleis et al. (2001)	- “ Primeiro penso sempre nela antes de programar qualquer coisa” [E2] - “ O (...) está muito ligado a mim, ele sossega muito comigo, está muito ligado a mim” [E7] - “ Ela foi uma criança tão desejada, que quando nasceu tudo ficou para trás (...) totalmente diferente” [E9]

A categoria “ *coping* focalizado na emoção” foi referido como factor que influencia o processo de transição para a parentalidade.

A categorização deste item teve como suporte teórico a perspectiva cognitiva de Folkman & Lazarus (1980).

Foi perguntado às participantes quais os factores, relacionados com elas próprias, capazes de influenciar a transição para a parentalidade. Perante as respostas que obtivemos, pareceu-nos pertinente categorizar os factores que foram referenciados pelos nossos participantes, como “*coping focalizado na emoção* (Folkman & Lazarus, 1980), ou seja, o uso de mecanismos para organizar o estado emocional para minimizar os factores causadores de stresse.

As subcategorias foram definidas resultando da leitura dos dados e dos autores referidos. Remetendo a nossa análise às subcategorias temos:

- O **suporte social** inclui a vertente do apoio emocional e a cooperação no cuidar da criança, nomeadamente por parte dos avós. Dado que o nascimento de um filho implica tarefas novas aos pais e uma reorganização familiar multifacetada, a colaboração é de vital importância na relação de ajuda no processo de transição para a parentalidade.

Glade; Bean & Vira (2005) identificaram mães, num trabalho por eles realizado, que relataram que tiveram de abdicar de saídas com amigos após o nascimento do filho e também verbalizaram a falta de comunicação com amigos próximos. Esta falta de suporte social deixou algumas mães, nomeadamente as mães primíparas com sentimento de abandono e mais vulneráveis.

- **Filho foco central da família.** Meleis et al. (2001) referem que um dos efeitos da existência de uma transição é o ter de reformular a sua própria identidade. Nesta transição, a prioridade passa a ser o filho assumindo o papel básico na família. O sentido de “responsabilidade” está relacionado com a parentalidade e é referido pelo (ICN, 2005).

Constatamos que o filho passa a ser o actor principal, estando focalizadas grande parte das acções da família nele e em função dele.

Como resultado, podemos referir que os factores relatados como sendo relacionados directamente com as participantes na transição para a parentalidade, também influenciam este processo, desencadeando e influenciando as estratégias de *coping* dos pais. No nosso estudo, as participantes na ausência de suporte social sentiram necessidade de um maior esforço na adopção de estratégias de *coping*. Na presença de suporte social, a transição para a parentalidade efectuou-se de forma menos exigente para os pais.

### **Categoria - O papel dos enfermeiros na preparação do regresso a casa**

O paradigma da enfermagem é *“ajudar o indivíduo família e comunidade a desenvolver as suas potencialidades de forma a aumentar as suas capacidades na satisfação das suas necessidades e na promoção de mecanismos de adaptação às mudanças da vida”* (Guerreiro, 2004:82).

O enfermeiro, no exercício da sua profissão, tem de ser um agente promotor da tranquilidade dos pais. O enfermeiro não pode abstrair-se dos factos que ocorrem ao longo do percurso de vida das pessoas, particularmente as transições e, dentro destas, a transição para a parentalidade.

As participantes identificaram as expectativas face ao papel dos enfermeiros, quando questionados “O que espera que os enfermeiros do centro de saúde possam



desenvolver para melhorar as suas competências no atendimento à sua família”. Esta categorização foi definida pelo investigador.

Quadro 11: Categoria: O papel dos enfermeiros na preparação do regresso a casa

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
O PAPEL DOS ENFERMEIROS NA PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o conhecimento da grávida</li> <li>- Proporcionar acesso a aulas de preparação para o parto</li> <li>- Promover o papel parental</li> <li>- Potenciar a adaptação do casal no processo de transição para a parentalidade</li> <li>- Instruir os pais relativamente aos cuidados ao recém-nascido</li> <li>- Garantia dos cuidados de enfermagem domiciliários ao recém-nascido após a alta hospitalar</li> <li>- Promover a vigilância do desenvolvimento e crescimento infantil através das consultas de enfermagem de saúde infantil</li> <li>- Mostrar disponibilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “ O momento que a enfermeira está com os pais é um momento de detecção de eventuais factores comprometedores de desenvolvimento/relacionamento dos pais/criança” [E1]</li> <li>- ” Tiram as nossas dúvidas, dão dicas para resolver as situações” [E2]</li> <li>- “ Ajuda na extracção do leite, apoio emocional nesta fase” [E3]</li> <li>- “ Responder a dúvidas, esclarecer” [E4]</li> <li>- “ Ajudar a corrigir posturas no cuidar da criança” [E5]</li> <li>- “ Mostram-se disponíveis” [E5], [E6] e [E7]</li> <li>- “ Irem a casa” [E6]</li> <li>- “ Possibilidade de ligar ou mandar uma mensagem ao enfermeiro” [E6], [E7] e [E10]</li> <li>- “ Visitas a casa, trabalho de louvor” [E8]</li> <li>- “ É bom ter a enfermeira em casa” [E9]</li> </ul>

A categoria “o papel dos enfermeiros na preparação do regresso a casa” foi também referida como factor influenciador da adopção das estratégias de *coping* dos pais no processo de transição para a parentalidade.

No Divulgar, do Conselho de Enfermagem de 2003, é referido que “*na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem a aprendizagem sobre a forma de aumentar o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde*” (Divulgar, 2003:5).

Quando questionamos as nossas participantes relativamente às expectativas face ao papel dos enfermeiros na preparação do regresso a casa, foi verificado que vêm de encontro ao referido pelo Conselho de Enfermagem, em que o enfermeiro é o profissional capaz de dotar os pais não só de competências em matéria de saúde

mas também fornecer instrumentos de forma a coadjuvar no processo de transição para a parentalidade.

O Conselho de Enfermagem é claro quando diz que os enfermeiros promovem competências nos pais, aumentando os seus conhecimentos como forma de ajuda na adopção de estratégias de *coping*, perante o nascimento do filho.

No processo de transição para a parentalidade, os pais ao mencionarem as suas expectativas, demonstram a necessidade de que estes profissionais estejam presentes e contribuam com os seus saberes.

### 3. ESTRATÉGIAS DE *COPING* E TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

As estratégias de *coping* perfeitamente definidas e documentadas por autores como Lazarus e Folkman, foram mencionadas no decorrer do trabalho. Foi dito que as pessoas utilizam diferentes estratégias de *coping*, estando estas dependentes de factores como o estado emocional e do momento em que se desencadeia a estratégia. Numa determinada situação as pessoas não utilizam uma ou outra estratégia de *coping*, a sua utilização resulta das circunstâncias e dos seus condicionantes.

Transpondo a vivência de uma pessoa para a situação do processo de transição para a parentalidade, perante a presença do filho, os pais são confrontados com situações de mudança, geradora de stresse, havendo lugar ao accionamento de medidas compensatórias de forma a minimizar ou remover o factor desencadeante do ambiente desfavorável. As estratégias de *coping* são mecanismos que fornecem aos pais ferramentas para lidar com o factor causador de mal-estar.

A preocupação dos pais no processo de transição para a parentalidade é o filho que agora se encontra em casa como elemento activo da dinâmica familiar.

Durante a fase gestacional, os pais foram imaginando o filho, tanto fisicamente como o situaram em realidades do cuidar, ou seja, estavam a preparar-se para o filho real.

O suporte familiar, o apoio dos amigos, nomeadamente a nível emocional, a ajuda nas tarefas domésticas e no cuidado à criança, são meios que permitem aos pais ultrapassar a situação de stresse com a activação de estratégias de *coping*, de forma a fazerem a transição para a parentalidade.

Actualmente, o enfermeiro é um profissional que rege a sua conduta pela evidência científica, utilizando modelos teóricos de orientação dos seus cuidados.

Um cuidar holístico, emergindo a necessidade de fundamentar a prática em modelos teóricos.

As técnicas de comunicação apreendidas ao longo do desenvolvimento pessoal, devem ser canalizadas de uma forma natural, para que de uma forma empática e envolvente seja possível apoiar os pais através do diálogo, disponibilidade e capacidade relacional, potenciando uma forte, coesa e sustentada relação de confiança que favoreça a implementação saudável do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey como adjuvante do processo transicional a resolver.

É por isso que o papel parental se apresenta de fulcral importância não apenas durante o crescimento e desenvolvimento mas durante toda a existência do indivíduo, ora como vector de assimilação e acomodação, ora como figura parental no verdadeiro e holístico sentido da dimensão da palavra.

A nossa investigação centrou o seu estudo nos factores que pudessem influenciar as estratégias de *coping* adoptadas pelos pais na sua transição para a parentalidade.

Um trabalho de investigação é conduzido por regras rígidas de forma a torná-lo credível no meio científico.

O nosso percurso de investigação iniciou-se com a apresentação do projecto à instituição onde era pretendido desenvolver o estudo. Em seguida, foi pedido o parecer à comissão de ética da instituição e, após aprovação destas duas instituições, desenvolvemos a investigação, com a colheita dos dados ao grupo que aceitou participar na investigação, após obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes.

Efectuada a colheita dos dados procedemos à análise e categorização desses dados tendo sempre presente autores credíveis da área da investigação, como é o caso de Laurence Bardin.

Analisando separadamente os objectivos a que nos propusemos no início do trabalho temos:

- No objectivo, identificar as estratégias de *coping* adoptadas pelos pais no seu processo de transição para a parentalidade, constatámos que as participantes do estudo usaram as oito estratégias de *coping* mencionadas na literatura. Com a aplicação do questionário de “Estratégias de *coping*”, foi-nos permitido identificar as estratégias mais usadas pelas participantes. Efectivamente a estratégia de *coping* mais utilizada, identificada na análise do questionário, foi a “procura de suporte social”.

- No objectivo, identificar os factores que influenciam as estratégias de *coping* adoptadas pelos pais no seu processo de transição para a parentalidade, a análise efectuada dos dados recolhidos na entrevista com os participantes, permitiu-nos concluir que existem factores, referidos pelos participantes com a capacidade de modificar as atitudes dos pais na adopção de estratégias de *coping*. Temos a título de exemplo, as “características pessoais” que podem actuar como facilitadoras ou dificultadoras do processo de transição para a parentalidade. Em conclusão, as características pessoais referidas pelas participantes podem ser tanto facilitadoras como dificultadoras, da adopção de estratégias de *coping* no processo de transição para a parentalidade.

A título de exemplo temos o temperamento, ou seja, a individualidade das participantes que referem como características a calma, o estar desperta para a parentalidade e a determinação como facilitadores do processo de transição para a parentalidade. Na auto-confiança materna, existe uma vontade em transformar o cuidar do bebé como algo facilitador apesar de haver consciência de ser um factor dificultador da parentalidade. Há uma construção consciente da auto-confiança.

- No objectivo propor um modelo de intervenção de enfermagem facilitador do processo de transição para a parentalidade, apresentamos um modelo tendo como base a American Academy of Pediatrics, a Sociedade Portuguesa de Pediatria e a Direcção Geral da Saúde.

A AAP (2011) refere um modelo intitulado “**Family-centered medical home**”, esclarecendo que “*não é um edifício, casa, hospital ou serviço de saúde em casa, mas sim um tipo de abordagem para prestação de cuidados primários abrangentes*”.

No modelo de cuidados **Family-centered medical home** “*a equipa de cuidados pediátricos trabalha em parceria com a criança e a sua família para assegurar que todas as necessidades médicas e não médicas da criança sejam acompanhadas. Através desta parceria a equipe de atendimento pediátrico pode ajudar na acessibilidade da família/criança aos cuidados, coordena e compreende: cuidados especiais, serviços educacionais, out of home care, apoio à família, comunidade e outros serviços públicos e privados que são importantes para a saúde geral da criança e família*” (AAP, 2011).

A AAP (2011) desenvolveu o modelo **Family-centered medical home** para assegurar a acessibilidade e continuidade dos cuidados primários centrado na família. Este modelo é executado de uma forma coordenada, sensível e

culturalmente eficaz para todas as crianças e jovens, incluindo crianças e jovens com necessidades de cuidados de saúde especiais.

Em relação à SPP, esta partilha dos pressupostos identificados na DGS sobre a vigilância da saúde da criança e do jovem.

O Programa - Tipo de actuação de saúde infantil e juvenil da DGS (2005:5,6) obedece aos pressupostos que a seguir são apresentados:

- *“Calendarizações das consultas para «idades - chave», correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, como sejam as etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade.*

- *Harmonização destas consultas com o esquema cronológico de vacinação, de modo a reduzir o número de deslocações ao Centro de Saúde.*

- *Valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental.*

- *Detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correcção e que possam afectar negativamente a saúde da criança.*

- *Apoio à responsabilização progressiva e auto-determinação em questões de saúde das crianças e jovens.*

*As carências e assimetrias de distribuição de profissionais em cuidados de saúde primários manifestam-se na diversidade de recursos humanos afectos ao desempenho destas actividades. O fundamental é que elas sejam realizadas por profissionais disponíveis, motivados e competentes.*

*Importa desenvolver os meios que possibilitem a visita domiciliária, essencialmente pelo enfermeiro, pois esse é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco» ”.*

Dos objectivos referidos no plano da DGS temos o nº 10 onde se lê que é necessário *“Apoiar e estimular a função parental e promover o bem-estar familiar”* (DGS, 2005:8). Este objectivo vem ao encontro do nosso estudo. Estando os factores influenciadores do processo de transição para a parentalidade identificados, é dever dos profissionais de saúde promoverem a parentalidade sob a forma de ajuda dotando os pais de competências para cuidar do seu filho.

Finalizando apresentamos a proposta de um Modelo de Intervenção dos Enfermeiros, tendo presente os modelos e directrizes das associações referidas anteriormente:

- Na consulta de acolhimento (1ª consulta), o enfermeiro deve falar com os pais para conhecer toda a dinâmica familiar, saber quais os motivos que os preocupam; em seguida, definir um conjunto de intervenções, em parceria com

eles, de modo a minimizar as suas preocupações e prosseguir a transição para a parentalidade.

- As intervenções definidas são individualizadas para cada família, uma vez que terão que ser direccionadas para os factores por eles referidos como entrave ao processo de transição para a parentalidade (relacionados com o sono e o choro, por exemplo). As intervenções podem ser planeadas de acordo com os momentos de vigília da saúde e/ou vacinação da criança, passando pela intervenção a nível domiciliário.

- Num segundo contacto, ouvir os pais, verificar se as intervenções que foram definidas em conjunto ajudaram a resolver as suas preocupações e reduziram os factores dificultadores/causadores de stresse, na transição para a parentalidade.

- É importante que, durante a consulta, seja utilizada a escuta activa. Gestos e atitudes podem dizer mais que as palavras.

- No final avaliar as intervenções de enfermagem, através da verificação dos conhecimentos dos pais e, se este ganho se traduziu em aquisição de competências parentais necessárias para a adopção das estratégias de *coping* no processo de transição para a parentalidade, com a finalidade de reduzir ou mesmo eliminar os factores potenciadores de stresse.

- Verificar a eficácia das intervenções através da medição de indicadores de saúde. Temos como exemplo a Esperança de vida e a Taxa de mortalidade infantil.

- Redefinir as intervenções, caso haja necessidade.

- Em contactos posteriores, o enfermeiro deve monitorizar os factores responsáveis pelas estratégias de *coping* que os pais adoptaram, ajustar os ensinamentos necessários às dúvidas apresentadas e continuar a intervir para que os pais vivam a parentalidade sem sobressaltos, de forma satisfatória.

Com esta proposta de modelo de intervenção pretendemos harmonizar os cuidados de enfermagem prestados aos pais que se encontrem na situação de transição para a parentalidade, sobretudo a pais que vivenciam a parentalidade

pela primeira vez. Tendo os cuidados de enfermagem método e conhecimento, permite que os enfermeiros intervenham e ajudem os pais, na consciencialização para a adopção de estratégias de *coping* de forma a prosseguirem com a sua transição para a parentalidade.



## CONCLUSÃO

A realização deste trabalho resultou da investigação efectuada revelando-se uma oportunidade de descoberta e um repto para dar um contributo, ainda que pequeno, na profissão de enfermagem. Esta investigação permitiu-nos a oportunidade de crescer como pessoa e sobretudo como enfermeiro.

O nosso grande propósito era perceber como elaborar e efectivar um trabalho de investigação que fosse reconhecido por entidades idóneas.

Através de uma norma de análise, reflectimos sobre os factores que influenciam o processo de transição para a parentalidade. Identificamos as estratégias de *coping* usadas pelos pais para lidar com esses factores e adquirir competências parentais no cuidar da criança.

A aplicação da entrevista como instrumento de colheita de dados mostrou um excelente meio de atingirmos os objectivos delineados. As famílias que participaram no estudo forneceram uma cooperação inestimável na realização desta investigação. Só foi possível realizar este trabalho com a disponibilidade, o empenho, a simpatia, e a capacidade de abertura dos nossos participantes quando lhes foi pedido para falar das suas vivências, na transição para a parentalidade.

Os objectivos a que nos propusemos foram:

- Identificar as estratégias de *coping* adoptadas pelos pais no seu processo de transição para a parentalidade. Este objectivo foi atingido porque através da aplicação do questionário de “Estratégias de *coping*” permitiu identificar as estratégias de *coping* e quais foram as mais usadas pelos nossos participantes no seu processo de transição para a parentalidade.

- Identificar os factores que influenciam as estratégias de *coping* adoptadas pelos pais no seu processo de transição para a parentalidade. Da análise dos resultados obtidos, podemos identificar que existem efectivamente factores influenciadores das estratégias de *coping*, como é o caso, por exemplo, dos factores associados ao bebé e à mãe.

- Propor um modelo de intervenção dos enfermeiros facilitador do processo de adaptação para a transição para a parentalidade. O nosso contributo tem como finalidade a evidência científica fundamentada nos cuidados diários dos enfermeiros. Neste prisma o modelo por nós sugerido teve como fundamento a AAP, A SPP e a DGS. Todavia, para a concretização deste modelo, é necessário que os enfermeiros adquiram uma postura de boas práticas, dando ênfase e visibilidade aos seus cuidados. Só assim conseguiremos indicadores de uma prática clínica sustentada e com visibilidade aos olhos da sociedade, revelando-se em ganhos em saúde para as nossas crianças e famílias.

Em síntese, o desenvolvimento deste trabalho permitiu o contacto com os pais aos quais foi dada a oportunidade de exprimirem a sua parentalidade. Uma realidade embora não sendo fácil, devido à inibição, foi ultrapassada através de uma relação empática.

De uma maneira geral, e após ultrapassadas as dificuldades sentidas com a contextualização deste trabalho, devido ao moroso processo de investigação, considera-se que os objectivos inicialmente propostos foram atingidos.

Depois do trabalho concluído, resta a sensação que muito ainda se pode e deve fazer na área da parentalidade.

Ao longo do trajecto deste estudo, sentimos dificuldades mas os obstáculos que surgiram apenas obrigaram a uma maior consciencialização de toda a dinâmica do processo.

Apesar das limitações temporais, o presente estudo foi verdadeiramente enriquecedor pelo facto de se tratar da primeira experiência que vivenciamos como investigadores, uma vez que obrigou ao desenvolvimento do pensamento organizado, apresentando-se este, como pilar fundamental desde o planeamento do estudo, à sua execução e avaliação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia de - Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais. Coimbra: Formasau. (2008), p. 126.
- ALGARVIO, Susana; LEAL, Isabel - Preocupações Parentais: Validação de um Instrumento de Medida. Psicologia, Saúde e Doenças. Vol. 5 nº2 (2004).
- ANTONIAZZI, A. ; DELL'AGLIO, D. ; BANDEIRA, D. - *O Conceito de coping: Uma revisão teórica*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.
- BARDIN, Laurence - *Análise de conteúdo*. Lisboa 3ª ed. : Edições 70 Lda., 2004.
- BELSKY, J. ; ROBINS, E. ; GAMBLE, W. - *The determinants of parental competence. Beyond the Dyad*, 1984, p. 251-279.
- BOWLBY, John - *Apego*. São Paulo: Mateus Fontes, 1990.
- BRAZELTON, Thomas Berry - *Tornar-se Família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar, 2000.
- BRAZELTON, Thomas B.; GREESPAN, Stanley I. - *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença, 2002.
- CANAVARRO, Maria Cristina - *Gravidez e maternidade - Representações e tarefas desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto, 2001.
- CARMO, Hermano - *Metodologia da Investigação: Guia para Auto - Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.
- CASEY, Anne - *A partnership with child and family. Senior Nurse London*, 1988.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Beta 2*. Lisboa, 3ª ed.: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.
- CRONIN, Camille - *First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences. Journal of Clinical Nursing*, nº12 (2003), p. 260 - 267.
- CRUZ, Orlanda - *Parentalidade*. Coimbra 1ª ed.: Editoras Quarteto, 2005.

DECRETO-LEI n.º 154/88 de 29 de Abril (protecção, no âmbito da Segurança Social, da maternidade, da paternidade e da adopção, com as alterações introduzidas pelos Decreto Lei n.º 333/95 de 23 de Dezembro, Decreto-Lei n.º 347/98 de 9 de Novembro, Decreto-Lei n.º 77/2000 de 9 de Maio e Decreto-Lei n.º 77/2005 de 13 de Abril).

DECRETO-LEI n.º 259/98 de 18 de Agosto que estabelece as regras e os princípios gerais em matéria de duração e horário de trabalho na Administração Pública.

DIVULGAR - *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Conselho de Enfermagem, 2003.

FARRELL, Michael - Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. Nursing. Nº 131 (Mar. 1994), p.27-28.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard - *An analysis of coping in a middle-aged community sample*. *Journal of Health and Social Behavior*, 1980.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard - *Manual for the Ways of coping Questionnaire (research edition)*. California: Consulting Psychologists Press, 1988.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.L.; DUNKEL-SCHETTER, C.; DELONGIS, A.; GRUEN, R. - *Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986.

FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2006.

GAGE, J. D.; EVERETT, K. D.; BULLOCK, L. - *Integrative Review of Parenting in Nursing Research*. *Journal of Nursing Scholarship*, 2006.

GLADE, A.; BEAN, R.; VIRA, R. - A prime time for marital/ relational intervention: A review of the transition to parenthood literature with treatment recommendations. The American of Family Therapy, 2005.

GUERREIRO, Teresa - *Relação enfermeiro - família. Para uma Ética da Enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004.

Harrison, Margaret B. - Transitions, continuity, and nursing practice. Canadian Journal of Nursing Research, 2004.

LAZARUS, Richard - *coping with the stress of illness. Health promotion and chronic illness: Discovering a new quality of health*. WHO Regional Publications, 1992.

LAZARUS, Richard; FOLKMAN, Susan - *Stress, Appraisal and coping*. New York, Springer, 1984.

LEAL, Isabel - Gravidez e Maternidade na Adolescência. Sexualidade e Planeamento Familiar. Nº 27/28 (Jul. /Dez., 2000).

LEI n.º 35/2004 de 29 de Julho que regulamenta a Lei n.º 99/2003 de 27 de Agosto.

LEI n.º 90/2001 de 20 de Agosto que define medidas de apoio social às mães estudantes.

LEI n.º 99/2003 de 27 de Agosto que aprova o Código do Trabalho.

LOPES, M. S.; LOPES, F.; CATARINO, H.; DIXE, M. A. - Estratégias de *coping* no exercício da parentalidade e a sua relação com os factores sociodemográficos. Leiria, Abril de 2010.

LOPES, M. S.; LOPES, F.; CATARINO, H.; DIXE, M. A. - Parentalidade nos primeiros três anos da criança: Stress e *coping* relatados pelos pais. Leiria, Abril de 2010.

LOPES, Sandrine; FERNANDES, Pedro Gabriel - O Papel Parental como foco de Atenção para a Prática de Enfermagem. Sinais Vitais. nº 63 (Nov., 2005).

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS, ACeS Porto Ocidental, 2009.

MELEIS, Afaf - *Theoretical Nurse: Development and Progress*. New York 3ª ed.: JB Lippincott, 1997.

MELEIS, Afaf - *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science*. Vol. 23 (Set., 2000) p.12-28.

MERCER, Ramona - *Becoming a mother versus maternal role attainment. Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 36 (Set. , 2004) p. 456-464.

MESSIAS, Anne - Transiciones-Teorias de Rango Médio [Em linha], 2004 [Consult. 10 Maio 2011] Disponível em WWW: <URL:[http://www.nursing.upenn.edu/dean/transitions/presentations/Transiciones\\_Messias\\_Bogota\\_2004.doc](http://www.nursing.upenn.edu/dean/transitions/presentations/Transiciones_Messias_Bogota_2004.doc)>.

NYSTRÖM, Kerstin; ÖHRLING, Kerstin - *Parenthood experiences during the child's first year: Literature review. Journal of Advanced Nursing*, 2004, p. 319-330.

PALACIOS, Jesus Prefácio In CRUZ, Orlanda - *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto, 2005.

PARKE R.D.; BURIEL R.B. - *Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. Handbook of Child Psychology*. New York, 1998.

PURCELL, Carol - *Holistic care of a critically ill child. Intensive and Critical Care Nursing*, 1993 p. 108-115.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 1992.

RELVAS, Ana Paula - *O Ciclo Vital da Família*. Porto: Edições Afrontamento, 2000.

RELVAS, Ana Paula; LOURENÇO, Madalena Carvalho - *Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica*. Coimbra: Quarteto, 2001.

RIBEIRO, José Pais; SANTOS, Carla - *Estudo conservador de adaptação do Ways of coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. Análise Psicológica*. Vol.19 no.4 (Out. 2001), p.491-502.

RIBEIRO, J. P.; RODRIGUES, A.P.- Questões acerca do *coping*: A propósito do estudo de adaptação do *brief cope*. Psicologia, saúde e doenças. Vol. V, nº 001, 2004.

RAHE, Richard; TOLLES, Robbyn- *The brief stress and coping inventory: A useful stress management instrument. International Journal of Stress Management*. Vol.9, nº 2(2002), p. 61-70.

ROGAN, F.; SCHMIED, V.; BARCLAY, L.; EVERITT, L.; WILLIE, A. - *Becoming a mother. Developing a new theory of early motherhood. Journal of Advanced Nursing*.Vol.25 (Mai. 1997) p. 877- 885.

SCHUMACKER, Karen; MELEIS, Afaf - Transitions: A Central Concept in Nursing. Journal of Nursing [em linha]. Journal of Nursing Scholarship. Vol. 26, nº 2 (1994), p. 119-227 [Consult. 10 Maio 2011] Disponível em WWW:<URL:<http://www.transitiesinzorg.nl/files/schumacher-k-l-a-i-meleis-transitions-a-central-concept-in-nursing.pdf>>.

SILVA, M. C. - *Ser pai ser mãe, parentalidade: um desafio para o novo milénio*. São Paulo. 2004.

SMART, J.; HISCOCK, H. - *Early infant crying and sleeping problems: a pilot study of impact on parental well-being and parent-endorsed strategies for management. Journal of Pediatrics and Child Health*, 2007.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D.- *Investigação em Enfermagem: avançado o imperativo humanista*. 2.<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência, 2002.

TARKKA, M-T.; PAUNONEN, M. ; LAIPALLA, P. - *How first-time mothers cope with childcare while still in the maternity ward. International Journal of Nursing Practice*. Nº 6, (2000), p.97-104.

WARREN, Leahy - *First-time mothers: social support and confidence in infant care. Journal of Advanced Nursing*. (2005), p.479-488.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS [Consult. 20 Jun. 2011] Disponível em WWW: <URL: <http://www.aap.org/>>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA [Consult. 20 Jun. 2011] Disponível em WWW: <URL:<http://www.spp.pt/>>.

## ANEXOS





## Anexo I - Guião da Entrevista



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

## GUIÃO DA ENTREVISTA

Elaborado por:

Paula Fernanda da Silva Costa Pacheco Reis (3347)

Orientador - Professor Doutor Luís Carvalho

Co-Orientadora - Mestre Sandra Cruz

Porto, Dezembro de 2010

## IDENTIFICAÇÃO

IDADE (anos)\_\_\_\_\_

ESTADO CÍVIL\_\_\_\_\_

HABILITAÇÃOESACADÉMICAS\_\_\_\_\_

PROFISSÃO\_\_\_\_\_

EXEMPLO DE PERGUNTAS	OBS
<p>Na sua opinião, quais são as suas características pessoais que possam facilitar ou dificultar esta nova etapa?</p> <p>Quais as mudanças que ocorreram na sua vida com o nascimento do seu filho?</p> <p>Como tem sido o seu dia-a-dia após o nascimento do seu filho?</p> <p>Como se preparou para esta nova etapa?</p> <p>Que actividades desenvolveu?</p>	
<p>Na sua opinião, quais os factores (ex. idade, suporte social, o bebé - choro, alimentação, sono) que possam facilitar ou dificultar esta nova etapa?</p> <p>Em que medida esses factores o influenciaram neste momento?</p>	
<p>Que espera que os enfermeiros do centro de saúde possam desenvolver para melhorar as suas competências no atendimento à sua família?</p>	



## Anexo II - Questionário de “Estratégias de Coping”





## QUESTIONÁRIO DE ESTRATÉGIAS DE COPING

Por uns momentos concentre-se e pense na situação de maior stress que experienciou recentemente na sua vida profissional. Por situação “stressante” entendemos qualquer situação que foi difícil ou problemática para si, quer porque você se sentiu angustiada pelo facto daquela situação ter acontecido, quer porque se esforçou consideravelmente para lidar com a mesma.

A seguir vai encontrar um conjunto de afirmações que se referem a várias estratégias utilizadas para lidar com situações de stress. Pensando na forma como lidou com a situação de stress que viveu, assinale a frequência com que utilizou cada uma das estratégias indicadas, de acordo com a seguinte escala:

**0 - Nunca usei**

**1 - Usei de alguma forma**

**2 - Usei algumas vezes**

**3 - Usei muitas vezes**

1	Concentrei-me apenas naquilo que ia fazer a seguir - no próximo passo	0	1	2	3
2	Fiz algo que pensei que não iria resultar, mas pelo menos fiz alguma coisa	0	1	2	3
3	Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar a sua opinião	0	1	2	3
4	Falei com alguém para saber mais sobre a situação	0	1	2	3
5	Critiquei-me ou analisei-me a mim própria	0	1	2	3
6	Tentei não me fechar sobre o problema, mas deixar as coisas abertas de alguma forma	0	1	2	3
7	Esperei que acontecesse um milagre	0	1	2	3
8	Deixei-me andar como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
9	Tentei guardar para mim própria o que estava a sentir	0	1	2	3
10	Tentei olhar para os pontos mais favoráveis do problema	0	1	2	3
11	Exprimi a minha zanga à(s) pessoa(s) que me causou(aram) o problema	0	1	2	3
12	Aceitei que fossem simpáticos e compreensivos comigo	0	1	2	3
13	Eu estava inspirada em fazer algo criativo	0	1	2	3
14	Tentei esquecer tudo	0	1	2	3
15	Procurei ajuda de um profissional	0	1	2	3
16	Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva	0	1	2	3
17	Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação	0	1	2	3
18	Construí um plano de acção e segui-o	0	1	2	3
19	Consegui mostrar o que sentia	0	1	2	3
20	Percebi que o problema estava agora nas minhas mãos	0	1	2	3
21	Saí desta experiência melhor do que estava antes	0	1	2	3
22	Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta em relação ao problema	0	1	2	3
23	Tentei sentir-me melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	0	1	2	3
24	Fiz algo muito arriscado	0	1	2	3
25	Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso	0	1	2	3
26	Encontrei nova esperança	0	1	2	3
27	Redescobri o que é importante na vida	0	1	2	3
28	Mudei algo para que as coisas corressem bem	0	1	2	3

29	Evitei estar com as pessoas em geral	0	1	2	3
30	Não deixei que a situação me afectasse; Recusei-me a pensar demasiado sobre o problema	0	1	2	3
31	Pedi conselhos a um familiar ou amigo que respeito	0	1	2	3
32	Evitei que os outros se apercebessem da gravidade da situação	0	1	2	3
33	Tornei a situação mais leve, recusando-me a levar as coisas muito a sério	0	1	2	3
34	Falei com alguém sobre como me estava a sentir	0	1	2	3
35	Mantive a minha posição e lutei pelo que queria	0	1	2	3
36	Passei o problema para os outros	0	1	2	3
37	Aproveitei as minhas experiências passadas; já estive envolvida em situações semelhantes.	0	1	2	3
38	Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem	0	1	2	3
39	Recusei acreditar que a situação tinha acontecido	0	1	2	3
40	Prometi a mim própria que as coisas para a próxima seriam diferentes	0	1	2	3
41	Criei várias soluções diferentes para o problema	0	1	2	3
42	Tentei evitar que os meus sentimentos interferissem demasiado noutras coisas	0	1	2	3
43	Mudei alguma coisa em mim própria	0	1	2	3
44	Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse	0	1	2	3
45	Desejei que as coisas voltassem atrás	0	1	2	3
46	Rezei	0	1	2	3
47	Pensei para mim própria naquilo que iria dizer ou fazer	0	1	2	3
48	Pensei na forma como uma pessoa que eu admiro iria lidar com a situação e usei-a como modelo	0	1	2	3

*Descreva brevemente, a situação stressante em que pensou ao responder a este questionário, quem estava envolvido, o que é que aconteceu e o que é que tornou a situação stressante. Esta descrição será útil para a interpretação do questionário.*

---



---



---



---

### MODO DE COTAR O QUESTIONÁRIO

Os 48 itens que se mantiveram na escala distribuem-se pelas seguintes dimensões (é apresentada a operação que permite encontrar o resultado de cada escala):

Auto controlo:  $(6 + 9 + 25 + 32 + 42 + 47 + 48) / 7$ .

Procura de suporte social:  $(4 + 12 + 15 + 20 + 22 + 31 + 34) / 7$

Fuga, evitamento:  $(7 + 23 + 29 + 36 + 39 + 44 + 45) / 7$

Resolução planeada do problema:  $(1 + 18 + 28 + 37 + 38 + 41) / 6$

Reavaliação positiva:  $(13 + 16 + 21 + 26 + 27 + 43 + 46) / 7$

Assumir a responsabilidade:  $(5 + 17 + 40) / 3$

Coping confrontativo:  $(2 + 3 + 11 + 19 + 24 + 35) / 6$

Distanciamento:  $(8 + 10 + 14 + 30 + 33) / 5$

Anexo III - Pedido de autorização do Estudo ao Conselho de Ética da ARS  
Norte, IP



**Exmo. Sr. Dr. Rosalvo Almeida**  
**Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS do Norte**

Paula Fernanda da Silva Costa Pacheco Reis, Enfermeira, a exercer funções na UCSP Carvalhido, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, vem por este meio solicitar autorização para a realização do estudo de investigação na vossa Instituição de Saúde.

No âmbito do curso de mestrado, estou a desenvolver o estudo “Factores que influenciam as estratégias de *coping* adoptadas pelos pais no processo de transição para a parentalidade”, que pretendo desenvolver no ACeS Porto Ocidental a dez Pais com crianças até aos seis meses de vida, no período de Janeiro a Maio de 2011. Tem como objectivos:

- Identificar as estratégias de *coping* dos pais no seu processo de transição para a parentalidade.
- Identificar os factores que influenciam as estratégias de *coping* dos pais no seu processo de transição para a parentalidade.
- Propor um modelo de intervenção dos enfermeiros facilitador do processo de adaptação para a transição para a parentalidade.

Tem como Orientador o Professor Doutor Luís Carvalho, e como Co-orientadora Mestre Sandra Cruz.

Para a recolha de dados o procedimento que se irá adoptar será o da entrevista semi-estruturada. Para este efeito foi criado um guião de entrevista (será fornecido em anexo) e irá ser aplicado um questionário para proceder à identificação das estratégias de *coping* dos pais.

Serão garantidos os princípios éticos, tais como, princípio de respeito à dignidade humana (direito à autodeterminação, direito à revelação completa, consentimento Informado), princípio da beneficência (isenção de dano e isenção de exploração) e princípio da justiça (direito ao tratamento justo e direito à privacidade).

Fico à vossa inteira disposição para qualquer outra informação que entenda por bem solicitar.

Pede deferimento  
Grata pela atenção dispensada,  
Paula Fernanda da Silva Costa Pacheco Reis

Porto, 25 de Janeiro de 2010



Anexo IV - Autorização do Estudo do Conselho de Ética da ARS Norte, IP





## PARECER Nº 17/2011

### Sobre o estudo “**Factores que influenciam as estratégias de coping adoptadas pelos pais no processo de transição para a parentalidade**”

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) iniciou o Processo nº 17.11CES, com base no pedido de parecer da investigadora, datado de 01/02/2011, dirigido a esta CES.

#### **A - RELATÓRIO**

**A.1.** Os documentos para apreciação são os seguintes:

1. Requerimento da investigadora, dirigido ao presidente da CES da ARSN, datado de 01/02/2011, solicitando parecer para autorização da realização do estudo;
2. Protocolo do estudo (reformulado após pedidos de esclarecimento e sugestões desta CES), questionário a aplicar, guião da entrevista semi-estruturada e modelo de consentimento informado;
3. Carta de recomendação do orientador científico do estudo;
4. Declarações da investigadora comprometendo-se a entregar à CES o relatório final e afirmando suportar todos os custos decorrentes deste estudo;
5. Requerimento da investigadora, dirigido ao presidente do Conselho Executivo do ACES Porto Ocidental, datado de 25/01/2011, solicitando autorização da realização do estudo de investigação;
6. Diversas mensagens de correio electrónico trocadas entre esta CES e a investigadora.

#### **A.2.** Resumo do estudo

A investigadora, Paula Fernanda da Silva Costa Pacheco Reis, enfermeira, a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do Carvalhido, ACES Porto Ocidental, pretende realizar um estudo no âmbito de uma tese de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação do Professor Doutor António Luís Rodrigues Faria de Carvalho.

O presente estudo irá ser realizado no ACES Porto Ocidental, previsivelmente a dez pais com crianças até aos seis meses de vida, que frequentem a consulta de saúde infantil e pediátrica da UCSP Carvalhido. O estudo tem os seguintes objectivos: i) identificar as estratégias de *coping* adoptadas pelos pais no seu processo de transição para a parentalidade; ii) identificar os factores que influenciam as estratégias de *coping* adoptadas pelos pais no seu processo de transição para a parentalidade; iii) propor um modelo de intervenção dos enfermeiros facilitador do processo de adaptação para a transição para a parentalidade. A metodologia é qualitativa com uma abordagem descritiva. Como factores de inclusão foram definidos os seguintes critérios: i) pais pela primeira vez; ii) pais com crianças saudáveis; iii) primeiros dez pais que se desloquem à consulta de enfermagem de saúde infantil. Como factores de exclusão foram definidos: i) pais com deficiência do foro mental; ii) pais com dificuldade de comunicação.

A colheita de dados será realizada pela própria investigadora através da realização de um questionário e de uma entrevista semi-estruturada a todos os pais que aceitem participar neste estudo.

O questionário “Estratégias de *coping*” (já publicado e adaptado ao contexto português *Ways of coping Questionnaire* de Lazarus (1966), pelo Professor José Pais-Ribeiro da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação do Porto e por Carla Santos do Metropolitano de Lisboa) tem a finalidade de identificar as estratégias de *coping* desenvolvidas pelos pais. A entrevista semi-estruturada será gravada em áudio e transcrita para suporte de papel.

O modelo de Consentimento Informado e Esclarecido contempla a entrevista e a destruição da gravação ao fim de seis meses após divulgação do estudo, conforme preconizado pelo modelo elaborado por esta CES e colocado no portal da ARSN para consulta.

Todos os custos inerentes ao estudo serão suportados pela investigadora.

## **B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

**B.1.** A pertinência e valor social e científico do estudo encontram-se justificados.

**B.2.** A metodologia proposta é adequada à prossecução dos objectivos enunciados.

**B.3.** Os dados relativos a doentes serão colhidos pela investigadora, enfermeira envolvida na consulta de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

**B.4.** Estão garantidas a confidencialidade dos dados.

**B.5.** A colheita de dados será realizada aproveitando a deslocação prevista dos pais à consulta saúde infantil e pediátrica, sem acréscimo de deslocações dos pais à Unidade de Saúde. Presume-se, no entanto, que o bom funcionamento do serviço estará devidamente salvaguardado.

## **C – CONCLUSÕES**

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

A relatora, *Susana Teixeira*

Aprovado em reunião do dia 18 de Fevereiro de 2011, por unanimidade.

Rosalvo Almeida, Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

## Anexo V - Consentimento Informado



## PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Paula Fernanda da Silva Costa Pacheco Reis, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, está a desenvolver o estudo “Factores que influenciam as estratégias de *coping* adoptadas pelos pais no processo de transição para a parentalidade”. Tem como objectivos:

- Identificar as estratégias de *coping* dos pais no seu processo de transição para a parentalidade.
- Identificar os factores que influenciam as estratégias de *coping* dos pais no seu processo de transição para a parentalidade.
- Propor um modelo de intervenção dos enfermeiros facilitador do processo de adaptação para a transição para a parentalidade.

Tem como Orientador o Professor Doutor Luís Carvalho e como Co-orientadora a Mestre Sandra Cruz.

Serão garantidos os princípios éticos, tais como, princípio de respeito à dignidade humana (direito à autodeterminação, direito à revelação completa, consentimento Informado), princípio da beneficência (isenção de dano e isenção de exploração) e princípio da justiça (direito ao tratamento justo e direito à privacidade).

O consentimento informado irá ser feito em duplicado, uma via para o investigador e uma via para quem consente.

---

Paula Fernanda da Silva Costa Pacheco Reis

Eu, \_\_\_\_\_ (nome)  
concordo em participar no estudo “Factores que influenciam as estratégias de coping dos pais no processo de transição para a parentalidade”

Compreendi que tenho direito de colocar, agora ou durante o decorrer do estudo, qualquer questão acerca do mesmo; Informaram-me de que a entrevista seria gravada em áudio e permito que assim o seja garantindo-me que haverá destruição das gravações após a conclusão do estudo; Aceito que as minhas perspectivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela equipe de investigação para fins académicos; Compreendi que a minha confidencialidade será sempre protegida e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados, que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento.

Assinatura do participante \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador \_\_\_\_\_

(Contacto telefónico do investigador: 926696433)

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_